

Université de Montréal

**Pratiques de recours aux médicaments chez les femmes
migrantes chinoises à Montréal**

par

Valérie Bégin Landry

Département d'anthropologie, Université de Montréal

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.)
en anthropologie

Août, 2011

© Valérie Bégin Landry, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Pratiques de recours aux médicaments chez les femmes migrantes chinoises à Montréal

Présenté par :
Valérie Bégin Landry

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Gilles Bibeau, président-rapporteur
Laurence Monnais, directrice de recherche
Bernard Bernier, co-directeur
Sylvie Fortin, membre du jury

Résumé

Ce mémoire de maîtrise vise à produire des connaissances sur les pratiques de recours aux médicaments chez les femmes migrantes chinoises à Montréal. Plus précisément, le but de l'étude est de documenter leurs pratiques de recours aux médicaments, d'analyser les logiques qui les sous-tendent et finalement d'évaluer l'impact de l'expérience migratoire sur ceux-ci. Une approche anthropologique sensible aux facteurs culturels, socio-économiques et politiques sert de contexte d'analyse aux entretiens semi-dirigés, réalisés auprès de femmes migrantes chinoises. La reconstruction des itinéraires thérapeutiques a dans un premier temps permis d'observer des expériences de santé et de recours thérapeutiques qui bougent dans le temps et qui sont marqués par la migration ainsi que par des temps forts tels que les grossesses et les périodes de stress. Dans un deuxième temps, l'analyse qualitative a servi à dégager trois principaux facteurs d'influence sur les recours médicamenteux et thérapeutiques : les représentations culturelles, le vécu des expériences de santé et les stratégies d'accessibilité aux soins et aux médicaments. Les données récoltées tendent à montrer d'une part que les expériences de santé et les stratégies d'accessibilité aux médicaments et aux soins sont influencées par l'expérience migratoire et d'autre part que les pratiques thérapeutiques de nos informatrices sont imprégnées de pluralisme, et ce, au Canada comme en Chine.

Mots-clés : Anthropologie, santé, médicaments, itinéraires thérapeutiques, pluralisme thérapeutique, femmes, chinoises, migration

Abstract

This Master's thesis aims to build knowledge on migrant Chinese women living in Montréal and their medicine consumption habits. More precisely, the research's objectives are to document medicine consumption habits, to analyse tendencies underlying this consumption and to evaluate the impact migration can have on them. An anthropological approach, sensitive to cultural, socio-economic and political factors framed the analysis of semi-directed interviews conducted with migrant Chinese women. First, by reconstructing therapeutic itineraries, we were able to see health experiences and health-seeking behaviours that change with time and that are deeply influenced by the migration process and by key events like pregnancies and stressful events. Secondly, we performed a qualitative data analysis that allowed us to observe that three main factors influence medicine consumption and health-seeking behaviours: cultural representations, health experiences and health care and medicine access strategies. Overall, we found that migration influences health experiences and health-seeking strategies and that Chinese women living in Montréal use pluralistic resources when managing their health, in Canada as well as in China.

Keywords: Anthropology, health, medication, therapeutic itineraries, therapeutic pluralism, women, Chinese, migration

Table des matières

Chapitre 1 : État de la question et méthodologie	4
1.1 État de la question	4
1.1.1 Objectifs de recherche	4
1.1.2 Contextualisation de la problématique	6
1.2 Portrait de l'immigration chinoise à Montréal.....	7
1.2.1 Brève histoire de l'immigration	8
1.2.2 Données démographiques et socioéconomiques	10
1.3 Méthodologie et étapes de la recherche.....	11
1.3.1 La préparation au terrain.....	12
1.3.2 Le terrain et ses écueils	14
1.3.3 L'analyse des données	16
 Chapitre 2 : État des connaissances	18
2.1 Santé et migration	18
2.1.1 Quelques repères en médecines chinoises traditionnelles	19
2.1.2 La santé des nouveaux arrivants.....	22
2.2 Consommation de médicaments	27
 Chapitre 3 : Des portraits uniques et diversifiés.....	32
3.1 Mme Ma	33
3.2 Karen	38
3.3 Hui Fang	43
3.4 Hong Zhen	47
3.5 Wen Ling	50
3.6 Lian.....	54
3.7 Jiao Jie	57
3.8 Angie	60

3.9 Shu Fei.....	64
Chapitre 4 : Quelques logiques du recours aux médicaments.....	71
4.1 Représentations de la santé.....	71
4.2 Représentations des médicaments.....	78
4.3 Expériences de santé et parcours migratoire	85
4.3.1 Le rhume et la grippe.....	86
4.3.2 Les épisodes de santé spécifiquement féminins.....	87
4.3.3 La douleur	88
4.4 Stratégies d’accessibilité	90

Liste des sigles et des abréviations

CSST : La commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec

IRM : Imagerie à résonance magnétique

MAC : Médecines alternatives et complémentaires

MCT : Médecines chinoises traditionnelles

OTC : *Over the counter*

PSN : Produits de santé naturels

Remerciements

Merci à

Laurence Monnais, pour votre rigueur intellectuelle, votre temps dévoué et toutes les opportunités offertes. Ces deux années furent pour moi un stage intensif en apprentissage, aussi bien académique que personnel. Merci aussi pour toutes ces fois où je me suis présentée à votre bureau découragée et en suis ressortie en confiance et motivée. Ce fut un grand plaisir de vous côtoyer.

Bernard Bernier, pour votre grande disponibilité, votre encadrement et les occasions d'échanger avec d'autres étudiants lors des rencontres informelles que vous organisez.

La Chaire de Recherche du Canada sur le pluralisme en santé et l'équipe de recherche sur le Médicament comme Objet Social, pour votre soutien financier et la richesse des échanges intellectuels.

Anne-Marie, pour les nombreux dîners, tes conseils, ton écoute.

Bernard et Marie-Reine, pour votre soutien et vos relectures.

Neil, for your patience and your (exasperating) tendency to be calm when I'm most stressed out.

Angelina Chee Lan Cho, for your diplomacy and your valuable skills. You were brought on adventures you didn't expect, and I hope you found them interesting.

Introduction

Le Canada reçoit chaque année un nombre plus élevé de nouveaux arrivants (Chui et al. 2007), parmi lesquels plusieurs Chinois. En 2006, on comptait 1 346 510 personnes d'origine ethnique chinoise au Canada (Statistique Canada 2008a), dont 82 665 à Montréal pour un total de 91 900 au Québec (Statistique Canada, compilation spéciale du MICC 2010, 3). Au Québec, la majorité d'entre eux est née en Chine et a migré vers le Canada (Statistique Canada 2008a; Statistique Canada, compilation spéciale du MICC 2010, 3). Or, malgré leur importance historique et leur forte présence actuelle, on en connaît relativement peu sur la santé des migrants d'origine chinoise, et ce, malgré les recommandations de Santé Canada de s'intéresser à l'étude de la santé de sous-groupes de migrants (Kinnon 1999; Hyman 2001).

Il est reconnu que les migrants¹ arrivent au Canada généralement en meilleure santé que la moyenne nationale. Ils perdraient cependant cet avantage au fil du temps, et leur état de santé rejoindrait celui de l'ensemble des Canadiens après dix ans de résidence au pays. Une des raisons évoquées pour expliquer ce phénomène est l'adoption de comportements de santé similaires à ceux des Canadiens (Chen, Ng, et Wilkins 1996). On note par ailleurs que les Canadiens sont les deuxièmes plus grands consommateurs de médicaments au monde (Institut canadien d'information sur la santé 2011, 29). Les immigrants canadiens et québécois, dont ceux provenant de Chine, en consommeraient cependant moins souvent et en moins grosse quantité que les Canadiens (Payne et al. 2003, 5; Chamberland 2002; Pica 2004). Considérant d'une part, que l'état de santé des migrants se dégrade et d'autre part, qu'ils adoptent des comportements de santé similaires à ceux de l'ensemble des Canadiens, on peut se demander ce qui sous-tend une consommation moins importante de médicaments

¹ Dans la majeure partie du mémoire, le terme « migrant » a été préféré à « immigrant » parce qu'il reflète mieux la réalité actuelle des phénomènes migratoires : la finalité du projet migratoire n'est plus l'établissement permanent dans une terre d'accueil. Le terme migrant rend donc mieux compte d'un phénomène dynamique et en mouvement. Le terme « immigrant » a cependant aussi été utilisé dans les cas où nous réfèrons soit à une installation permanente (de la population générale, par exemple), ou lorsque nous présentons le point de vue des institutions étatiques.

chez les migrants. Or, si peu d'études touchent la santé des migrants, encore moins se penchent sur les modalités de leur consommation médicamenteuse.

C'est dans cette optique que nous proposons ce mémoire de maîtrise sur les pratiques de recours aux médicaments chez les femmes migrantes chinoises à Montréal. La recherche effectuée dans ce cadre vise à (1) documenter les pratiques de recours aux médicaments chez les femmes migrantes chinoises (2) analyser les logiques qui sous-tendent ces recours et (3) évaluer le poids de la migration sur la consommation médicamenteuse. À l'instar des anthropologues Whyte, van der Geest et Hardon (2002, 163), nous sommes d'avis que « *in people's ways of dealing with medicines all facets of cultural reasoning and action come to the fore* ». L'étude des pratiques de recours médicamenteux se présente donc comme une fenêtre ouverte sur des façons de comprendre et d'agir relatives à la santé, en partie teintées par la culture. Comme l'ont cependant noté plusieurs anthropologues, la culture ne peut expliquer à elle seule les représentations et comportements. Une approche anthropologique sensible, comme celle que nous adoptons, vise donc à intégrer des facteurs notamment culturels, socio-économiques et politiques dans son analyse (Benoist 1996; Bibeau 1997; Cognet 2007; Cuche 2001; Fainzang 2001a; Fassin 1996; Fortin et Carle 2007; Massé 2005; Montgomery et Cognet 2007; Rossi 2001; Uchôa et Vidal 1994).

De façon plus générale, ce mémoire de maîtrise vise à combler le manque d'études qualitatives sur le sujet en utilisant le discours des principales personnes concernées comme première source d'information. C'est pour cette raison que nous avons privilégié la réalisation d'entrevues semi-dirigées comme principal outil méthodologique. Les données recueillies à travers les entretiens ont ensuite fait l'objet de deux analyses : la reconstruction des itinéraires thérapeutiques, c'est-à-dire l'exercice de replacer en ordre chronologique les événements de santé et les recours dont ils ont fait l'objet, ainsi qu'une analyse qualitative.

Un état de la question sera présenté au chapitre 1 et permettra d'approfondir les sujets desquels nous venons de donner un aperçu. Ce chapitre sera en effet l'occasion de préciser les objectifs de recherche, de développer sur le contexte, d'affirmer la pertinence

de notre étude ainsi que de présenter les outils méthodologiques qui ont été employés dans la réalisation du mémoire. Un portrait de l'immigration chinoise au Canada sera aussi présenté, incluant un bref historique et les données démographiques et socio-économiques actuelles. Le chapitre 2 servira à faire l'état des connaissances concernant les liens entre la migration et la santé ainsi que sur la consommation de médicaments. Puis, nous ferons le point sur les quelques repères en médecines chinoises traditionnelles (MCT) qui ont été abordés par nos répondantes.

Les chapitres 3 et 4 seront consacrés à la présentation des résultats de notre analyse. C'est une analyse à deux axes complémentaires qui permet de prendre en considération les multiples dimensions qui traversent le phénomène étudié. Le premier axe d'analyse, la reconstruction des itinéraires thérapeutiques, sera présenté au chapitre 3 et rendra compte de l'individualité et de la temporalité des données à travers la reconstruction des itinéraires thérapeutiques. Ce chapitre sera aussi l'occasion de faire connaissance avec les femmes rencontrées pour ce mémoire, puisque chacune d'elle fera l'objet d'un portrait. Le deuxième axe d'analyse, celui-ci transversal, sera présenté au chapitre 4. C'est à ce moment que nous présenterons la mise en commun des informations, effectuée grâce à une analyse qualitative. Celle-ci s'est organisée autour de thèmes comme les médicaments consommés, les thérapies non-médicamenteuses utilisées et les expériences de santé vécues. L'axe d'analyse transversal a permis de dégager quatre logiques qui sous-tendent les pratiques de recours aux médicaments chez nos informatrices : les représentations de la santé, les représentations des médicaments, les expériences de santé et finalement les stratégies d'accessibilité aux soins et aux médicaments.

Chapitre 1 : État de la question et méthodologie

Ce chapitre en trois volets vise à établir les assises contextuelles de ce mémoire de maîtrise. Il s'agira dans un premier temps de faire le point sur les objectifs de la recherche, c'est-à-dire la documentation et l'analyse de pratiques de consommation médicamenteuse de femmes migrantes chinoises à Montréal. Notre étude trouve en partie sa pertinence du fait que malgré plusieurs études qui rendent compte de l'état de santé des migrants du Canada, peu se concentrent sur l'étude de sous-groupes de migrants (Kinnon 1999). Les individus venus de Chine ne font pas exception à cette règle. Nous démontrerons dans ce chapitre qu'ils constituent un sous-groupe non négligeable, tant d'une perspective historique qu'actuelle. Le premier chapitre se terminera sur une discussion concernant les différentes étapes du terrain ainsi que les outils méthodologiques qui y sont associés.

1.1 État de la question

1.1.1 Objectifs de recherche

Le but de cette recherche est de documenter puis d'analyser les pratiques de recours aux médicaments des femmes migrantes chinoises à Montréal en les replaçant dans le cadre plus large de leurs stratégies de recours aux soins de santé. Nous souhaitons tout d'abord évaluer la possibilité de logiques qui transcendent la consommation de médicament et la nature de celles-ci. Ensuite, considérant que les phénomènes de consommation médicamenteuse et de recours aux soins sont directement influencés par une multitude de facteurs, dont culturels, socio-économiques et politiques (Blanc et Monnaï 2007; Collin et al. 2005; Whyte, van der Geest, et Hardon 2002; Fassin 1992), nous avons pour objectif d'évaluer l'impact de l'expérience migratoire sur les pratiques thérapeutiques étudiées. Plusieurs chercheurs ont établi des liens entre la migration et la santé (Bibeau 1987; Cognet

2004; Fassin 2000; Fortin et Carle 2007; Ma 1999). La consommation de médicaments dans ce contexte reste néanmoins relativement méconnue (Blanc et Monnaï 2007, 4). Nous postulons que les savoirs relatifs aux médicaments et à leur usage sont reconfigurés à travers les différents épisodes de santé et des recours qui s'en suivent, au même titre que le sont, plus largement, ceux relatifs à la santé (Fortin et Le Gall 2007).

Ces objectifs sont réalisés en deux temps. En premier lieu, la reconstruction des itinéraires thérapeutiques permet de documenter les pratiques médicamenteuses en insistant sur leur caractère temporel et individuel. L'étude des itinéraires thérapeutiques (Janzen 1978) vise à observer le parcours d'un individu (et de ses proches, s'il y a lieu) en quête de soins et des choix qu'il fait parmi l'éventail des possibilités thérapeutiques qui lui sont offertes (Saillant 1999, 34). La reconstruction des itinéraires met en lumière la temporalité et la complexité de la maladie et de la recherche de soin qui s'en suit (Fassin 1992, 114). Dans cette étape, présentée au chapitre 3, l'accent est mis sur la succession d'événements de santé et de la combinaison des recours uniques à chaque femme.

En deuxième lieu, une analyse qualitative vise à dégager les logiques communes aux informatrices quant à leur consommation de médicaments et de recours aux soins. Découpée autour des problèmes de santé et des médicaments dont les répondantes ont discuté, l'analyse qualitative permet de faire ressortir les potentiels principes qui sous-tendent la consommation de médicaments. Puis, en mettant en commun les informations significatives recueillies auprès des participantes, il devient possible d'évaluer dans quelle mesure l'expérience migratoire influence le recours aux médicaments. Il est cependant important de souligner que dans la mesure où certaines tendances émergeraient de notre analyse à deux axes (vertical pour la reconstruction des itinéraires thérapeutiques et horizontal pour l'analyse qualitative thématique), il n'est pas question de les ériger en lois générales qui seraient nécessairement réductrices (Benoist 1996, 7-8). C'est entre autres pour cette raison que les itinéraires thérapeutiques sont dans notre mémoire plutôt présentés en tant que portraits, lesquels accordent place à des informations biographiques pertinentes, permettant ainsi une meilleure contextualisation des pratiques de santé des femmes rencontrées.

1.1.2 Contextualisation de la problématique

Le projet s'articule autour de trois constats : (1) Il est reconnu que les immigrants arrivent en bonne santé au Canada, mais que leur santé se détériore après quelques années de résidence en sol canadien (Chen, Ng, et Wilkins 1996) et qu'ils ont tendance à sous-utiliser les soins formels en santé (Chevalier et Gravel 2002). On peut supposer que les connaissances acquises dans le pays d'origine et l'expérience migratoire ont une influence sur la santé et les stratégies de consommation médicamenteuse des personnes migrantes et il est d'autant plus approprié de les étudier que dans ce cas-ci, les repères du pays d'origine sont éloignés de ceux du pays d'accueil. Par ailleurs, très peu d'études se penchent sur les pratiques de santé des immigrants canadiens (Blanc et Monnaï 2007, 3) et cela même si, en 1999, la *Canadian Research on Immigration and Health* relevait la pertinence de telles recherches en insistant sur le besoin d'approfondir les connaissances particulières aux sous-groupes d'immigrants (Kinnon 1999). Finalement, le choix de cibler les femmes se justifie par le fait que malgré une plus longue espérance de vie, les femmes sont en moins bonne santé que leurs homologues masculins (OMS 2009) et que cette différence se traduit entre autres par une plus grande consommation de médicaments de la part des femmes (Payne et al. 2003). En outre, on note que ce sont plus souvent elles, plutôt que les hommes, qui gèrent la santé familiale (Saillant 1999; Saillant 2001).

(2) Le Canada est considéré comme le deuxième plus grand consommateur de médicaments², après les États-Unis (Institut canadien d'information sur la santé 2011, 29). Tout d'abord reconnu pour consommer moins de médicaments que l'ensemble des citoyens canadiens (Payne et al. 2003; Chamberland 2002), on peut se demander si au fil de leur séjour au Canada, les nouveaux arrivants n'ajusteraient pas leurs pratiques de consommation médicamenteuse à celles des Canadiens. Étudier les stratégies médicamenteuses dans ce contexte semble d'autant plus pertinent que, tout comme Blanc et

² Ces données sont basées sur les dépenses totales en médicaments par habitant pour l'année 2008.

Monnais, nous sommes d'avis que « *la consommation de médicaments constitue [...] un révélateur privilégié de la dimension socioculturelle de la santé [et qu'elle] met en évidence l'imbrication entre des représentations, individuelles et collectives, de la santé et de la maladie et les comportements de recherche d'aide qui y sont associés (Whyte et coll., 2002 ; Collin et coll., 2005)* » (Blanc et Monnais 2007, 2).

(3) Enfin, le choix de la communauté chinoise repose sur son importance et se justifie par le manque de connaissance à son sujet. En effet, elle a été la deuxième source d'immigration au Québec de 2002 à 2006 avec 17 226 nouveaux arrivants (MICC 2007, 19) et la quatrième source de 2006 à 2010 avec 13 656 nouveaux arrivants en 2006 (MICC 2011, 27); au Québec en 2006, 91 900 personnes se déclaraient d'origine ethnique chinoise (MICC 2010, 3). Or, il s'avère que très peu d'études touchent leur santé.

1.2 Portrait de l'immigration chinoise à Montréal

Cette section donne un aperçu des caractéristiques de la population chinoise montréalaise. Tout d'abord, un bref historique de l'immigration permettra de saisir les bases sur lesquelles repose la population chinoise d'aujourd'hui. Ensuite, le recensement canadien de 2006 aidera à dresser un portrait socioéconomique succinct, mais révélateur de la population chinoise qui vit actuellement à Montréal. Certaines données précises ne sont pas disponibles spécifiquement pour Montréal, dans lequel cas les données concernant l'ensemble du Québec seront présentées. Les recensements mettent à disposition trois catégories pertinentes à cette étude : des données sur les immigrants, sur les minorités visibles et sur les origines ethniques. Cette dernière catégorie offre le double avantage d'englober à la fois des immigrants et leurs descendants et d'inclure les individus de Taiwan et de Hong Kong en plus de ceux en provenance de la Chine continentale (RPC), offrant ainsi une description plus complète de la réalité. C'est à partir de la catégorie « origine ethnique chinoise » que ce portrait a été dressé.

1.2.1 Brève histoire de l'immigration

La première vague d'arrivants chinois à Montréal se situe entre 1880 et 1900. Les nouveaux arrivants sont, de manière générale, de jeunes hommes qui viennent directement de la Chine continentale pour améliorer leur situation économique et ont la plupart du temps l'intention de retourner au pays (Tan et Roy 1985, 4) ou qui ont travaillé quelques années dans les provinces de l'ouest auprès du Canadien Pacifique pour la construction du réseau ferroviaire. Pour cette deuxième catégorie d'immigrants, c'est lorsque ce réseau est en voie d'être terminé que commence une vague migratoire d'ouest en est (Chan 1991, 28). La plupart d'entre eux ne disposent que de très peu d'argent et utilisent ce mince capital pour ouvrir de petits commerces, notamment des buanderies (Helly 1987, 45-47). Plusieurs associations se forment à cette époque entre les immigrants chinois de Montréal. En créant des réseaux de solidarité, les membres assurent leur survie mutuelle par des prêts financiers destinés à l'ouverture et l'entretien de commerces indépendants (Helly 1987, chap. 1). Cette stratégie leur permet d'échapper au joug de patrons blancs, trop souvent enclins à la discrimination envers les Chinois (Helly 1987, 43).

La discrimination antichinoise n'est alors pas le seul fait des patrons. Elle semble même assez répandue partout au pays. D'ailleurs, à la suite des émeutes antichinoises survenues en Colombie-Britannique, le gouvernement fédéral ajuste en 1923 sa politique d'immigrants venus de la Chine (Tan et Roy 1985, 9). Connue sous le nom d'Acte d'exclusion, ou du *Chinese Immigration Act*, la nouvelle loi prévoit que quatre catégories d'individus venant de Chine peuvent maintenant entrer au Canada : les étudiants, les enfants nés au Canada, le personnel diplomatique et les individus qui ont investi 2500 \$ dans les trois années précédant leur arrivée. Cette mesure restrictive exclut les travailleurs cantonnais, qui constituent jusqu'à cette date la majorité des immigrants chinois au Canada (Helly 1987, 98). On peut en effet supposer que peu d'entre eux sont étudiants, nés au Canada, occupent des fonctions diplomatiques ou ont investi le 2500 \$ requis. L'Acte de 1923 réduit considérablement l'entrée de nouveaux Chinois au Canada. Seulement huit Chinois seront

acceptés au pays entre 1924 et 1946 (Tan et Roy 1985, 14). De plus, près d'un Chinois sur trois retourne en Chine entre 1931 et 1951 (Helly 1987, 129-130). Ces deux facteurs contribuent à la diminution de la population d'origine chinoise après l'Acte d'exclusion et viennent aggraver un problème non négligeable : la plupart des Chinois qui habitent à Montréal, et au Canada, sont des hommes célibataires ou mariés en Chine. Il n'y a que très peu de femmes chinoises. Le recensement du Canada de 1911 dénombre 36 femmes chinoises au Québec pour 2219 hommes. Bien que la fiabilité statistique de ce recensement puisse être mise en doute, ces chiffres donnent tout de même un aperçu du déséquilibre genré qui existait à l'époque dans la communauté chinoise du Québec. La situation s'améliore quelque peu au cours des 10 années suivantes. En 1921, il y a 116 femmes et 2219 hommes (Helly 1987, 122). Un équilibre ne sera trouvé que plusieurs années plus tard.

En 1947, l'Acte d'exclusion de 1923 est aboli, sans pour autant ouvrir grandement la porte du Canada aux Chinois. Les femmes des résidents naturalisés et leurs enfants de moins de 18 ans sont les seuls à pouvoir entrer au Canada (Helly 1987, 132). Ce gain, quoique minime, est acquis deux ans avant l'arrivée au pouvoir du Parti communiste en Chine et l'exode qui l'accompagne. Les Chinois naturalisés peuvent faire venir femme et enfants mineurs au Canada, mais pas le reste de leur famille. Les années 1962 et 1967 mettent un terme aux politiques d'immigration discriminatoires du Canada. À partir de 1962, moins d'importance est accordée au pays d'origine des candidats à l'immigration. Ce fait rétablit l'équilibre entre les Chinois et les demandeurs d'autres pays. Puis en 1967, le gouvernement établit un système d'évaluation des candidats à partir de points, basés surtout sur le potentiel économique (Tan et Roy 1985, 17-18). À la suite de cette nouvelle politique, le Canada a accueilli non seulement des Chinois de Chine continentale, mais aussi de plusieurs diasporas établies dans le monde. Deux grandes tendances émergent de ce nouveau courant d'immigration : la grande majorité, soit environ 77 %, des Chinois qui entrent au Canada entre 1972 et 1978 arrivent de Hong Kong et ils sont plus éduqués que ceux qui les ont précédés (Tan et Roy 1985, 18-19; Li et Lee 2005, 647). Cette tendance se maintient dans les années 1980 et 1990, mais les changements sociaux et politiques en

République populaire de Chine au cours de cette époque amènent aussi des Chinois du continent (Li et Lee 2005, 647) : ils représentent 49 % des Chinois arrivés au Québec entre 1988 et 1997 (Pica 2004, 2).

1.2.2 Données démographiques et socioéconomiques

En 2006, le Canada comptait 1 346 510 personnes d'origine ethnique chinoise, dont 82 665 à Montréal pour un total de 91 900 au Québec. La majorité d'entre eux, soit 72,5 %, sont immigrants, alors que 27,6 % sont nés au Canada (Statistique Canada 2008a; Statistique Canada, compilation spéciale du MICC 2010, 3). La population chinoise du Québec est légèrement plus jeune que celle de l'ensemble de la population québécoise : 24,5 % des individus ont moins de 15 ans. La tranche d'âge la plus importante en nombre est celle des 25 à 44 ans, avec 35,2 %. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent quant à elles 7,6 % de la population (Statistique Canada, compilation spéciale du MICC 2010, 4). On compte aussi plus de femmes que d'hommes, et ce, tant au niveau municipal, provincial que national. Il y a à Montréal 37 000 femmes contre 32 650 hommes; au Québec 41 910 femmes contre 34 915 hommes; au Canada 608 880 femmes contre 559 605 hommes (Statistique Canada 2008b).

Dans la province de Québec, 12,7 % des Chinois ne maîtrisent aucune des langues d'usage; 57,5 % connaissent au moins le français; 68,5 % connaissent au moins l'anglais (Statistique Canada, compilation spéciale du MICC 2010, 5). Ces chiffres représentent une amélioration générale par rapport au dernier recensement, c'est-à-dire que moins de personnes sont aujourd'hui allophones (Statistique Canada, compilation spéciale du MICC 2005, 6). La population chinoise du Québec est généralement plus éduquée que celle de l'ensemble de la province : moins d'individus ne possèdent pas de formation postsecondaire, soit 41,5 % des personnes d'origine chinoise contre 47,3 % pour l'ensemble du Québec, et une proportion importante possède un grade universitaire, comparativement à l'ensemble de la population québécoise, soit 34,9 % contre 16,5 %. Cependant, une moins grande proportion est active sur le marché du travail. Le taux de

chômage est aussi plus élevé chez les individus d'origine ethnique chinoise que chez l'ensemble des Québécois. Parmi ceux qui possèdent un travail, 18,1 % œuvrent dans les secteurs industriels de la fabrication, 15,8 % dans le commerce de détail, 13 % dans le secteur de la restauration et 10,6 % dans les services professionnels, techniques et scientifiques. Le revenu moyen de la population chinoise est significativement plus bas que celui de l'ensemble des Québécois avec 23 255 \$ contre 32 074 \$ (MICC 2010, 6). En bref, malgré leur éducation plus élevée, le niveau économique des Chinois du Québec est inférieur à celui de l'ensemble des Québécois.

Quant au lieu de résidence, 89,9 % de la population chinoise du Québec résidant dans la région de Montréal (Statistique Canada, compilation spéciale du MICC 2010, 8). Ceux qui habitent la ville même de Montréal optent le plus souvent pour les quartiers de Côte-des-Neiges-Notre-Dame-de-Grâce (17 %), Saint-Laurent (13,1 %), Ville-Marie, dont le quartier chinois de Montréal fait partie (11 %) ou Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension (9,7 %) (Statistique Canada, compilation spéciale du MICC 2010, 8). Selon le géographe Huhua Cao et son équipe, une tendance semble émerger en ce qui concerne la territorialité des Chinois. Les Chinois habitant les banlieues se caractérisent par un niveau socio-économique plus élevé alors que ceux des quartiers chinois du Canada sont en général plus âgés, moins éduqués et possèdent moins d'aptitudes professionnelles. Ils se différencieraient surtout des groupes plus jeunes qui sont en général plus éduqués, qui ont une meilleure connaissance de l'anglais et une plus grande mobilité géographique (Cao, Dehoorne, et Roy 2006, 23).

1.3 Méthodologie et étapes de la recherche

Le projet de ce mémoire s'est déroulé en plusieurs étapes qu'il est possible de diviser en trois parties principales : la préparation au terrain, le terrain et l'analyse des

données. Il sera question dans cette section de détailler les étapes traversées et de préciser les outils méthodologiques qui ont été utilisés pour chacune d'elle. Certains des obstacles rencontrés dans ce parcours seront discutés à travers le texte, permettant de retracer l'évolution du parcours méthodologique.

1.3.1 La préparation au terrain

Une fois le sujet établi, la revue de littérature préliminaire effectuée et les objectifs de recherche trouvés, j'ai commencé à penser concrètement au terrain. Le premier pas fut de construire l'échantillon. Les critères de sélection retenus pour ce mémoire ont été : être une femme, âgée de 18 ans et plus, née en République populaire de Chine, à Taiwan ou à Hong Kong et résider à Montréal. Le choix du genre a été évidemment dicté par la nature même du projet : l'expérience des femmes, telle que vécue et perçue par elles-mêmes. Il n'y avait pas au départ de contrainte quant à l'âge, mais il fut finalement établi à 18 ans pour faciliter l'obtention du certificat d'éthique de l'Université de Montréal. Établir le lieu de naissance, considérant les tensions politiques qui existent entre la République populaire de Chine et Taiwan, aurait pu se révéler délicat. Cependant, puisque l'accès aux informateurs était déjà limité par le nombre restreint de contacts dans la communauté, il fut décidé que ce critère serait le plus inclusif possible. Au tout début, il a été aussi prévu que les participantes à la recherche devraient maîtriser l'anglais ou le français, afin de limiter les coûts liés à un interprète. Ce critère sera cependant modifié en cours de terrain. Il en sera question plus loin dans cette section.

Deux questionnaires furent utilisés pour les entretiens, un questionnaire fermé et un questionnaire ouvert. Le questionnaire fermé comportait trois parties : la première visait à recueillir des données démographiques et socio-économiques sur les participantes, la deuxième retraçait la trajectoire migratoire et finalement la dernière concernait leur parcours de santé. Les données démographiques et socio-économiques étaient recueillies dans le but d'évaluer l'impact de certains déterminants sur la consommation médicamenteuse. Les données n'ont cependant révélé rien de conclusif. La trajectoire

migratoire a aussi été étudiée afin d'évaluer sa possible influence sur les recours. Finalement, le parcours de santé permettait aux informatrices de réfléchir sur leurs expériences de santé. Le questionnaire ouvert contenait quant à lui quelques questions d'ordre plus général. Diverses thématiques ont guidé les sujets abordés : les expériences de santé pré et post-migratoires, les recours aux soins en lien avec les expériences de santé, les expériences d'hospitalisation et les consultations auprès de professionnels de santé. La principale force du questionnaire ouvert a été de laisser l'occasion aux participantes d'évoquer les expériences de santé qu'elles-mêmes jugeaient pertinentes et marquantes dans leur vie.

Il avait tout d'abord été prévu que le recrutement des participantes se ferait par effet boule de neige, c'est-à-dire que les informateurs recommandent d'autres informateurs de leur connaissance. Cette méthode de construction de l'échantillon s'avère très utile dans une recherche comme celle-ci où les participants sont reconnus pour être difficilement accessibles (Lee et Cheng 2006) et où le sujet touche l'intimité des individus. Les informateurs suivants sont plus portés à faire confiance si le chercheur est introduit dans leur réseau par un de leurs proches. Il faut toutefois trouver un noyau de participants afin de démarrer l'effet boule de neige (Gauthier 1992, 209). Cette première étape s'est effectuée par mon réseau personnel. À travers un courriel diffusé largement, j'ai réussi à obtenir les coordonnées de cinq femmes répondant aux critères qui souhaitaient participer à l'étude. Après m'être assurée que les participantes potentielles n'avaient pas de lien direct avec nous, nous les avons contactées afin de leur expliquer la recherche plus en détail et de prendre un rendez-vous avec elles. À la fin du rendez-vous, une carte de visite avec les coordonnées professionnelles du chercheur et l'objectif de la recherche était remise aux participantes afin qu'elles le donnent à d'autres femmes de leur connaissance susceptibles de participer à la recherche, conformément aux procédures de la technique boule de neige. Cette méthode n'a par contre abouti à aucun retour d'appel. Puis, les ressources de mon réseau personnel ont commencé à s'épuiser. D'autre part, malgré le fait qu'il soit diversifié, il m'a fourni un échantillon étrangement homogène en termes d'âge et de niveau socio-économique. J'ai alors entrepris d'autres moyens de recrutement. Nous nous sommes

présentées au Service à la famille chinoise du grand Montréal où j'ai rencontré une intervenante sociale. Dès le lendemain, elle m'a contactée pour me transmettre le nom de quatre femmes répondant aux critères de sélection et qui souhaitaient participer au projet de recherche. Cependant, ces quatre femmes ne connaissaient ni l'anglais ni le français. J'ai donc trouvé une interprète maîtrisant l'anglais, le cantonnais et le mandarin. C'est cette interprète multilingue qui a pris les rendez-vous suivants.

En tout, neuf femmes ont participé au projet de recherche. Ce nombre relativement restreint s'explique par le cadre initial de ce mémoire de maîtrise. Il est toutefois possible, avec un échantillon de neuf femmes, d'effectuer une recherche qualitative exploratoire qui met en évidence les côtés social et culturel des pratiques de santé de la population ciblée³.

1.3.2 Le terrain et ses écueils

Comme il a déjà été mentionné, cette recherche vise à documenter et analyser des expériences de santé, telles que vécues par des femmes migrantes chinoises à Montréal. Le discours est un accès privilégié à ce vécu et l'entretien s'est présenté comme l'outil anthropologique le plus pertinent pour effectuer cette tâche (Olivier de Sardan 2008, 54). J'ai choisi d'utiliser le format semi-dirigé pour les neuf entretiens : le questionnaire fermé a été utilisé afin de guider la discussion, mais j'ai suivi librement les pistes importantes fournies par chacune de ces femmes, arrivant ainsi à recueillir plusieurs informations jugées pertinentes par les participantes elles-mêmes.

Dans tous les cas, les participantes ont accepté que j'enregistre une version audio de notre entretien et que nous prenions des notes. Pour enregistrer, nous avons utilisé un lecteur de musique *iPod*, que nous déposions sur la table et qui a été, semble-t-il, vite oublié, ou du moins qui n'a pas provoqué d'inconfort perceptible chez les participantes.

³ À ce sujet, voir le texte *À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point* (Hamel 2000).

Nous avons aussi pris des notes écrites pendant l'entretien, que nous nous empressions de compléter avec nos observations dès la rencontre terminée.

La durée prévue de chaque rencontre était d'environ 1h30. Dans les faits, l'entretien le plus court a duré 45 minutes et le plus long quatre heures. Ce creux entre les deux extrêmes peut facilement s'expliquer par la présence d'une interprète pour certaines entrevues. En effet, la traduction simultanée double le temps de la rencontre, puisque les questions et les réponses doivent toutes être répétées. Le lieu de l'entretien était choisi d'un commun accord entre la participante et moi. Quatre d'entre elles ont choisi leur résidence, trois ont préféré un lieu public et deux le bureau de l'interprète. L'interprète multilingue a assisté à quatre entretiens, dont trois en chinois mandarin et un en cantonnais. Pour les cinq autres, il n'y avait que la participante et nous. Un de ces entretiens a été réalisé en français et quatre en anglais.

Une limite est vite apparue quant à la langue utilisée. Dans les cas où les entretiens ont été réalisés en français ou en anglais, les informatrices ne pouvaient pas s'exprimer dans leur langue maternelle. Bien qu'elles aient toutes semblé à l'aise, il arrivait parfois qu'elles cherchent leurs mots et qu'elles doivent prendre une pause afin de réfléchir à leur construction de phrase, mais en fin de compte nous arrivions toujours à nous comprendre. Cependant, si l'entretien s'était déroulé dans leur langue maternelle, nous aurions probablement pu avoir accès d'un côté, à plus d'information, l'expression de leur pensée ne représentant pas un obstacle et de l'autre, à des représentations mises de l'avant par l'utilisation de vocabulaire⁴.

L'entretien est une interaction, et malgré tous les efforts faits, les informations livrées par les participants font partie de la dynamique relationnelle qui s'est établie avec le chercheur (Seidman 1998, 16, 79; Olivier de Sardan 2008, 56). Dans le cas de ce mémoire, il est possible que les identités genrées et culturelles aient joué un rôle dans la collecte de

⁴ C'est par exemple le cas du mot arthrite en terminologie classique, qui se dit «vent-humide». Ce mot donne accès à une représentation culturelle qu'il n'est pas possible de rencontrer, à moins que mentionné par l'informateur, dans un entretien en anglais ou en français (Gervais et Jovchelovitch 1998a, 70).

données. Bien que ce ne soit pas toujours le cas, on peut supposer qu'une femme qui interviewe une autre femme à propos de sa santé aura plus de facilité à obtenir des informations. Nous croyons que cet aspect relationnel nous a en effet permis d'avoir plus facilement accès à des données intimes touchant la grossesse, l'allaitement et les menstruations, par exemple. D'autres aspects ont cependant pu me nuire. Nous pensons entre autres aux rapports linguistique et culturel entre une Chinoise et une Canadienne. Quelques informatrices nous ont exprimé leur hésitation à expliquer un concept, prétextant qu'il était trop difficile de le faire comprendre à une personne qui n'était pas chinoise. Les chercheurs Gervais et Jovchelovitch, dans le cadre de leur étude *The Health Beliefs of the Chinese Community in England: A Qualitative Research Study*, rapportent aussi cette difficulté (Gervais et Jovchelovitch 1998a, 13). Il est donc possible que d'autres participantes aient pensé la même chose sans le dire, et aient tout simplement omis des informations pertinentes en pensant que nous ne comprendrions pas ce à quoi elles réfèrent. En revanche, il est possible que cette même situation ait tourné en notre faveur : certains concepts que nous tenions pour acquis et que nous exprimions aux participantes ont suscité un désir de clarification de leur part et nous obtenions ainsi des explications d'une grande valeur, comme ce fut le cas pour Gervais et Jovchelovitch (Gervais et Jovchelovitch 1998a, 14).

1.3.3 L'analyse des données

Deux types d'analyse ont été utilisés afin de rendre compte des pratiques de consommation médicamenteuse des sujets étudiés : une analyse verticale et une autre horizontale. En premier lieu, l'analyse verticale a eu pour but de mettre en relief l'individualité et la temporalité des informations recueillies auprès de chaque participante. En utilisant la reconstruction des itinéraires thérapeutiques (présentés sous forme de portraits au chapitre 3), nous avons retracé le parcours de santé de chacune de ces femmes en replaçant les épisodes de maladie et de recours aux soins de santé et aux médicaments en ordre chronologique. L'analyse horizontale, effectuée par une analyse qualitative des

discours, a permis de mettre en commun les logiques de recours aux soins de santé et de consommation médicamenteuse observées dans tous les entretiens. Pour ce faire, nous avons utilisé le logiciel QDA Miner, dans lequel nous avons entré chaque entretien préalablement transcrit façon *verbatim*. Nous avons ensuite codifié les entretiens selon un arbre de codification organisé autour d'éléments thématiques quant aux médicaments, aux thérapies non-médicamenteuses, aux expériences de santé ainsi qu'à leur explication et finalement aux expériences dans les réseaux formels de soins au Canada et en Chine. À la suite de cette opération, il a été possible de faire ressortir les thèmes communs à plusieurs entrevues. L'analyse qualitative est une tâche délicate en ce sens où elle demande une interprétation des données par le chercheur et ladite interprétation demande une part de subjectivité. Cependant, en étant conscientes de ce défi, nous avons pu porter une attention particulière à ne pas laisser le bagage personnel trop influencer l'analyse.

Dans ce chapitre, notre but a été de faire lumière sur les objectifs de ce mémoire de maîtrise. Nous avons insisté sur le médicament en tant qu'objet social et culturel (Collin et al. 2005) et avons affirmé notre intention d'ainsi l'aborder, au carrefour de dynamiques contextuelles. La pertinence d'une telle étude se trouve tant dans son actualité que dans son originalité. Ainsi, même s'il est reconnu que d'une part, les nouveaux arrivants sont en meilleure santé que l'ensemble de la population canadienne lorsqu'ils arrivent au Canada, mais qu'ils perdent cet avantage au fil des années (Chen, Ng, et Wilkins 1996) et que d'autre part, la diminution de l'état de santé puisse être en partie due à la sous-utilisation des services de santé (Chevalier et Gravel 2002), le rôle de la consommation médicamenteuse dans cette équation est relativement méconnu (Blanc et Monnaï 2007). N'échappant pas à cette logique, les migrants de Chine font néanmoins l'objet de peu d'études relatives à leur santé, et ce, même s'ils constituent un groupe de migrants non-négligeable dans la société canadienne (Statistique Canada 2008b; Statistique Canada, compilation spéciale du MICC 2010). La reconstruction des itinéraires thérapeutiques et l'analyse qualitative des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de femmes migrantes chinoises de Montréal permettent de jeter lumière sur ce phénomène complexe.

Chapitre 2 : État des connaissances

Ce chapitre dresse un bilan des connaissances qui sont nécessaires à l'étude des pratiques de recours aux médicaments de femmes migrantes chinoises à Montréal. Nous insistons d'abord sur l'importance de replacer notre sujet d'étude dans son contexte, où des facteurs culturels, socio-économiques et politiques entrent en jeu. C'est dans cette perspective que nous donnerons aux lecteurs quelques points de repère sur les médecines chinoises traditionnelles et que nous revisiterons un ensemble de connaissances sur la santé des migrants qui ont été produites au cours des quinze dernières années. Nous ferons ensuite état de la situation actuelle de consommation médicamenteuse au Canada, et nous nous attarderons sur les données connues touchant ce phénomène chez les femmes et les migrants, notamment chinois.

2.1 Santé et migration

Il n'est pas rare que les recherches sur la santé des migrants s'appuient sur la culture pour justifier un écart de santé (Cognet 2007). Or, depuis quelques années déjà, plusieurs anthropologues et autres chercheurs en sciences sociales plaident pour un usage nuancé de la notion de culture. Un des arguments majeurs veut que « *les malades, aujourd'hui, construisent leur expérience de la maladie en référence non plus à des cultures monolithiques, renfermées sur elles-mêmes, mais dans le cadre de cultures créolisées* » (Bibeau 1997 d'après Massé 2001, p.145). La médecine en Chine n'échappe pas à ce phénomène de créolisation (Scheid 2002) et puisque nos informatrices puisent, à des degrés très divers, dans le « système référentiel » (Fortin et Carle 2007, 7) culturel des MCT, nous exposerons quelques repères théoriques afin de rendre la lecture des données plus agréable.

La notion de culture ne permet cependant pas de rendre compte à elle seule de la réalité complexe qui unit les concepts de migration et santé (Benoist 1996; Bibeau 1997; Cognet 2007; Cuche 2001; Fainzang 2001a; Fassin 1996; Fortin et Carle 2007; Massé 2005; Montgomery et Cognet 2007; Rossi 2001). C'est dans cet ordre d'idée que nous affirmons à notre tour l'importance de replacer notre étude dans son contexte plus large qui influence les logiques de recours aux médicaments et aux soins. Dans *Pouvoir et maladie en Afrique*, Didier Fassin (1992, 118) affirme que « *le cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît donc comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin), qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte* ». Notre double analyse complémentaire s'inscrit dans cet ordre d'idée. En présentant, au chapitre 3, les itinéraires thérapeutiques dans leur contexte biographique, il sera possible d'observer les causes conjoncturelles qui guident parfois le recours aux médicaments et aux soins. Puis au chapitre 4, nous tenterons d'évaluer le poids des causes structurelles du recours aux médicaments à travers l'impact des contextes culturels (représentations de la santé et des médicaments, connaissance des langues d'usage), mais aussi socio-économiques et politiques (adhésion à des régimes d'assurance privés ou publics, utilisation de ressources non couvertes par l'assurance, état du système de santé québécois, disponibilité de certains médicaments sur le marché).

2.1.1 Quelques repères en médecines chinoises traditionnelles⁵

La médecine en Chine est mouvante, complexe et dynamique. Porteuse d'une longue tradition, elle sait s'adapter aux changements et rester actuelle tout en conservant ses solides

⁵ Nous utilisons le terme « médecines chinoises traditionnelles » comme référant aux médecines qui évoluent en Chine depuis plusieurs millénaires et qui reposent sur des principes différents de la biomédecine. C'est aussi dans le but de les distinguer des médecines chinoises actuelles, lesquelles sont un amalgame de MCT et de médecine dite « occidentale » (Kleinman 1976).

savoirs ancestraux. Depuis plusieurs siècles, divers courants s'affrontent, menant des combats idéologiques sur les connaissances médicales (Despeux 2004a, 199). Il n'existe donc pas une médecine chinoise traditionnelle, mais bien des médecines chinoises traditionnelles. Tout au long de son histoire, elle a été pénétrée par des influences extérieures, notamment arabe, persane et plus tard, occidentale (Despeux 2004a, 198). À la suite de l'instauration de la première République en 1912, la médecine dite « occidentale » devient la médecine officielle et les MCT sont bannies par le gouvernement. Elles ne meurent cependant pas et seront de nouveau cautionnées sous le règne du gouvernement de Mao. Son application combinée à la médecine « occidentale » sera d'ailleurs encouragée et restera la norme jusqu'à aujourd'hui (Despeux 2004b, 201; Gervais et Jovchelovitch 1998b, 709). Ainsi, la médecine en Chine est par nature pluraliste (Scheid 2002, 9). Étant tributaires d'une histoire millénaire, les MCT sont trop complexes et riches pour tenter de les résumer ici. Nous nous concentrerons donc sur les quelques concepts qui ont été abordés (directement ou indirectement) par nos informatrices dans le cadre des entretiens réalisés pour notre mémoire.

Principe de base non seulement de la santé, mais aussi de la vie, le *qì* est une énergie vitale⁶ qui irrigue le corps humain. Sa concentration engendre la vie, alors que sa dispersion provoque la mort. De la même façon, le *qì* régule la santé. Sa suffisance et sa distribution équilibrée entraînent un état de santé. À l'inverse, son insuffisance et sa mauvaise distribution entraînent la maladie (Despeux 2004b, 201; Gervais et Jovchelovitch 1998a, 31-32; Unschuld 1987, 1025; Koo 1984, 757; Wheeler et Poh 1983). Suivant la conception que le corps, les environnements social et naturel ainsi que le cosmos sont régis et traversés par les mêmes principes : des facteurs de tous ces domaines peuvent agir sur le *qì* et ainsi perturber ou améliorer la santé des individus. Des facteurs internes comme externes peuvent être la cause d'un déséquilibre du *qì* (Liu 1988, 15). Les causes internes sont principalement une personnalité à dominante *yīn* ou *yáng*, l'âge, la nutrition, la fatigue, les

⁶ Pour une autre traduction du mot *qì* et pour une lecture plus approfondie des médecines chinoises traditionnelles, voir le très cité article de Paul U. Unschuld (Unschuld 1987). Bien qu'Unschuld ne soit pas d'accord avec l'interprétation « d'énergie vitale », lui préférant « *finest matter vapors* », c'est l'expression qui sera utilisée ici puisqu'elle est la plus courante dans les ouvrages occidentaux.

accidents et les excès émotifs; les causes externes seraient les éléments climatiques (chaud, froid, vent, sec, humide et feu), les microbes, virus ou bactéries (Despeux 2004b, 202; Gervais et Jovchelovitch 1998a, 32; Koo 1984, 757). Les interventions thérapeutiques, en conséquence, se concentrent sur des techniques permettant de rééquilibrer le *qì* et d'ainsi retrouver une harmonie générale (Unschuld 1987, 1025; Liu 1988, 19, 47). Cet équilibre peut être trouvé dans l'interaction entre les forces contraires et complémentaires du *yīn* et du *yáng*.

Le *yīn* et le *yáng* sont des forces opposantes inséparables, l'une n'existant pas sans l'autre (Liu 1988, 31-48). On peut les concevoir comme une unité, un tout composé de deux parties dont les proportions sont changeantes, toujours en mouvement. Tous les phénomènes qui se présentent à nous peuvent être classifiés en tant que *yīn* ou *yáng* en associant les caractéristiques du phénomène aux propriétés attribuées à l'un ou à l'autre. Pour ne nommer que les quelques propriétés les plus connues, le *yīn* est défini par l'eau, le froid, la lune, l'obscur alors que le *yáng* l'est par le feu, la chaleur, le soleil, la luminosité (Liu 1988, 32-33).

Comme tous les autres phénomènes, les aliments et les méthodes de préparation de la nourriture (friture, cuisson à la vapeur) sont de nature *yīn*, neutre ou *yáng*. La nutrition se pose ainsi comme un élément-clé de la régulation du *yīn* et du *yáng*. Un régime non équilibré serait d'ailleurs la cause de maladies (Guo 2000, 97). Il est possible de ressentir un déséquilibre, à dominance *yīn* ou *yáng*. Dans ce cas, il est conseillé de consommer des aliments de nature opposée afin de rétablir l'équilibre. Par exemple, si on ressent un déséquilibre causé par un excès de *yáng*, ou de chaleur, il est recommandé de consommer des aliments *yīn*, des pousses de bambou, par exemple (Wheeler et Poh 1983, 87). Le régime alimentaire, en particulier les soupes et les thés, est d'ailleurs considéré par plusieurs comme étant la méthode d'auto-traitement la plus importante (Guo 2000, 119). De façon plus large, la pharmaco-thérapie est le moyen de traitement le plus utilisé en Chine (Despeux 2004b 203).

2.1.2 La santé des nouveaux arrivants

Il est reconnu que (1) les nouveaux arrivants au Canada sont en moyenne en meilleure santé que la population née au Canada⁷, mais que (2) au cours des dix premières années de résidence, leur état de santé se dégrade et rejoint la moyenne canadienne (Kinnon 1999; Hyman 2001; Massé 1995; Chen, Ng, et Wilkins 1996; Carle et Tapiéro 2009, 137; Cognet 2004; Gravel et Battaglini 2000, 64).

L'effet de l'immigrant en bonne santé est l'expression qui est la plus utilisée pour rendre compte du premier phénomène. Deux facteurs explicatifs de l'effet de l'immigrant en bonne santé sont généralement évoqués, soit l'auto-sélection et la sélection gouvernementale. L'auto-sélection est simplement le fait que les gens qui entreprennent le projet migratoire sont en général dans la force de l'âge et en assez bonne santé pour espérer mener leur projet à terme (Chen, Ng, et Wilkins 1996, 37,39; Hyman 2001; Kinnon 1999). En effet, on peut penser que les gens qui migrent le font souvent pour entamer leur vie d'adulte, et que beaucoup d'énergie (souvent déficiente en cas de mauvaise santé) est nécessaire pour affronter des événements stressants comme la préparation d'un déménagement, le trajet migratoire et l'installation. La sélection gouvernementale est relative à la Loi sur l'immigration (Marrocco, F.N., Goslett, H.M. 1993 dans Chen, Ng et Wilkins). Comme le Canada reçoit plus de demandes d'établissement qu'il n'en accepte, il base sa sélection sur cette loi qui prévoit, parmi plusieurs autres critères comme la connaissance du français et les diplômes obtenus, que les gens ayant une meilleure employabilité seront privilégiés. Un bon niveau d'employabilité est entre autres lié à un bon niveau de santé. Les demandeurs sont aussi soumis à des examens médicaux et ceux en meilleure santé auront plus de chances d'être retenus (Chen, Ng, et Wilkins 1996, 37). L'auto-sélection et la sélection gouvernementale expliquent donc ce qui est connu sous le nom de « l'effet de l'immigrant en bonne santé ».

⁷ Exception faite des réfugiés.

Que se passe-t-il dans les dix premières années de résidence au Canada pour que la santé des nouveaux arrivants se détériore et en vienne à rejoindre la moyenne nationale ? Les travaux recensés font état de trois facteurs explicatifs : (a) les différentes phases migratoires, (b) les difficultés d'intégration liées à l'étiquetage culturel et à l'incorporation des inégalités et (c) la sous-utilisation des services de santé.

(a) La migration est un projet d'envergure qui demande organisation, adaptabilité, souplesse et ouverture à ceux qui l'entreprennent. La phase pré-migratoire, la trajectoire migratoire et la phase post-migratoire amènent toutes un lot de difficultés particulières. Quitter ses réseaux sociaux établis au pays de résidence, planifier la logistique d'un déménagement et quitter la sécurité d'un environnement familial sont entre autres des éléments stressants de la phase pré-migratoire. Le trajet migratoire en soi peut aussi être un événement stressant, surtout s'il s'effectue à la suite d'une catastrophe ou s'il inclut le passage dans un camp de réfugiés. Le stress, en plus de fragiliser l'équilibre mental, est reconnu pour augmenter le risque de décès prématurés et diminuer la portée du système immunitaire (Wilkinson et Marmot 2004, 13-14). Ces deux facteurs combinés sont déjà suffisants pour détériorer l'état de santé des individus. Les conditions de vie post-migratoires sont aussi recensées comme étant susceptibles de nuire à la santé. Plusieurs auteurs relèvent aussi qu'après un certain temps de résidence, les migrants adopteraient des comportements et des habitudes de vie semblables à ceux de la population canadienne, ce qui expliquerait en partie que leur état de santé devienne semblable. Les raisons du départ ainsi que la catégorie officielle de migrant dans laquelle une personne sera classée nuanceront grandement les réalités vécues : un réfugié, un membre de famille parrainé et un entrepreneur ne vivront pas les mêmes situations avec la même intensité et ne réagiront pas de la même façon au stress lié aux phases migratoires (Gravel et Battaglini 2000, 34-44; Hyman 2001, 36-38; Carle et Tapiéro 2009, 129-156; Carle 2010; Cognet 2001, 7,8; Massé 1995, 396-416).

(b) Les difficultés d'intégration liées à l'étiquetage culturel sont en lien avec la dégradation de santé des individus. Ces difficultés font partie des conditions de vie post-migratoires et relèvent de faits sociaux et politiques qui intéressent plusieurs

anthropologues et sociologues (Fassin 2000; Massé 1995; Massé 2003a; Massé 2003b; Montgomery et Cagnet 2007; Roy 2002; Roy 2007; Saillant 2004; Cagnet 2004; Cagnet 2007). L'étiquetage culturel en santé est le fait de pratiquer de la discrimination envers un groupe en y associant des pratiques culturelles nuisibles. Pour qu'il y ait discrimination, il faut que cette association soit véhiculée, notamment par les médias, et que la population en vienne à intégrer les représentations du groupe en particulier. Dans ce cas il y a étiquetage. Marguerite Cagnet rapporte cependant que cette association renforce simplement un fait préexistant (Cagnet 2007, 54). C'est lorsque l'association problème de santé-population se transforme en préjugés envers la population qu'elle touche qu'il y a stigmatisation associée à l'étiquetage. Cette stigmatisation peut facilement se transformer en vulnérabilité (Gravel et Battaglini 2000, 26-28; Massé 2003a).

Un des effets les plus pervers de l'étiquetage culturel est ce que nous nommerons ici l'effet de culture « bouc-émissaire ». Cet effet de bouc-émissaire est tout simplement le fait de rendre responsable la culture, sinon des groupes identifiés comme des « communautés culturelles », des problèmes qu'ils subissent, alors que les causes sont multiples. On accuse un groupe de personnes d'avoir des pratiques culturelles qui sont nuisibles à la santé. On évite ainsi de se questionner sur les autres causes possibles de la maladie, en particulier sur les fondements structurels de notre système qui pourraient être en cause (Fassin 2000; Cagnet 2007; Cagnet 2004; Montgomery et Cagnet 2007; Fassin 1996; Simon 1993; Massé 2003a, 54). La culture sert de bouc-émissaire parfait aux causes touchant de trop près la population majoritaire, leur enlevant le poids de la responsabilité.

L'incorporation des inégalités sociales⁸ illustre bien comment la stigmatisation causée par l'étiquetage culturel (et plus globalement l'étiquetage social) nuit à la santé. Ce concept s'opérationnalise principalement de deux manières, soit par l'écart différencié dans l'espérance de vie et par l'adoption de comportements attribués qui nuisent directement à la

⁸ Selon Cagnet (2004), la notion d'incorporation des inégalités sociales est née des réflexions de Michel Foucault liant «le gouvernement de la vie, le pouvoir de guérir et l'incorporation de l'inégalité» (Cagnet 2004, 10) et retravaillée par Didier Fassin.

santé. L'écart différencié est le résultat de plusieurs facteurs sociaux et politiques combinés. Par exemple, un individu victime de préjugés culturels pourra avoir de la difficulté à se trouver un emploi et ainsi vivre une situation de précarité financière. Le manque d'argent peut conduire à vivre dans des logements insalubres et à ne pas avoir accès aux assurances-maladie (Cognet 2007, 56). Ce sont là deux exemples extrêmes qui démontrent comment l'étiquetage culturel peut affecter directement la santé. Marguerite Cognet (2004) souligne, d'une façon plus subtile, que la discrimination « *entraîne des conséquences au plan économique et social pour les individus qui en sont victimes et [...] qu'elle constitue une violence symbolique qui fragilise l'individu, préparant un terrain à des retentissements sur la santé physique et psychologique* » (Cognet 2004, 161). En effet, l'étiquetage culturel peut se traduire par la difficulté d'accès aux ressources, qui elle nuit à la santé (Gravel et Battaglini 2000, 27).

L'incorporation des inégalités sociales peut aussi s'effectuer lorsqu'un groupe victime d'étiquetage culturel en vient à adopter les comportements nuisibles à la santé qui lui sont attribués (Massé 2003a; Roy 2002; Roy 2007). On peut penser aux Innus de Pessamit présentés par Bernard Roy et qui, ayant associé les « bonnes » pratiques alimentaires et d'exercice physique aux colonisateurs blancs, construisent leur identité autochtone en opposition à celle du peuple dont ils veulent se distancier et surtout s'affranchir (Roy 2002). Cet exemple illustre bien que « *les individus qui se sont vus attribuer une image négative de déviants finissent par l'accepter et l'endosser, voire par adopter un comportement conforme à leur image (ex. : d'irresponsables, de citoyens ayant tel ou tel comportement à risque)* » (Massé 2003a, 257).

(c) La sous-utilisation des services de santé est probablement le facteur explicatif de la dégradation de la santé des migrants qui est le plus sujet à débat. Depuis que certaines études ont publié des taux différenciés d'utilisation des services de santé en défaveur des populations migrantes, résultats contraires aux efforts d'accès égalitaires mis de l'avant dans la Politique de Santé et du Bien-Être de 1992, plusieurs auteurs mandatés par les institutions étatiques se sont attachés à étudier les logiques qui pouvaient sous-tendre ce phénomène. Chevalier et Gravel (2002) affirment en effet que ces dernières années, les «

communautés culturelles »⁹ et spécifiquement les immigrants récents, ont fait l'objet de plusieurs études visant à rétablir cette inégalité d'accès aux soins, puisque l'accès aux soins est une condition d'accès à la citoyenneté intégrale (Chevalier et Gravel 2002, 247). Trois facteurs explicatifs semblent émerger : (1) la méconnaissance des services de santé offerts, (2) les barrières linguistiques et (3) les différences de perceptions liées à la santé et à la culture entre les intervenants et les usagers.

La méconnaissance des services de santé offerts est une barrière à l'utilisation de ces derniers qui est reconnue depuis 1987 par le gouvernement (Gravel et Battaglini 2000, 66-67). La connaissance des services de santé, leur compréhension et leur appropriation, tant au niveau de la structure que de l'approche de la santé, représenteraient un défi pour les nouveaux arrivants (Cognet 2001, 129). On pourrait penser, de façon qui semble logique, que la durée de résidence au Canada favorise la connaissance des services de santé et qu'ainsi, après quelques années, les migrants utiliseraient plus les services de santé qu'ils ne l'auraient fait à leur arrivée (Cognet 2001, 129). Or ce n'est pas le cas (Gravel et Battaglini 2000, 252). Que peut donc expliquer ce fait? Gravel et Battaglini proposent que l'âge soit lié à l'utilisation des services de santé, les personnes entre zéro et quatorze ans et de quarante-cinq ans et plus consommant plus de services. On peut alors penser que l'utilisation des services de santé aurait donc moins à voir avec la connaissance de ceux-ci qu'avec l'âge des individus et l'état de santé qui y est généralement associé.

Les barrières linguistiques seraient, selon plusieurs, un autre frein à l'utilisation des services (Cognet 2001, 129; Massé 1995, 410; Gravel et Battaglini 2000, 67). Les auteurs s'entendent cependant sur le fait que cette barrière ne semble pas être incontournable (notamment grâce aux services d'interprétation et du soutien du réseau familial) et n'est pas le problème le plus important. En 2002, Sylvie Gravel, une des auteurs ayant fait mention en 2000 (Gravel et Battaglini) des barrières linguistiques, publie avec Serge Chevalier une nouvelle étude intitulée *Utilisation des services de santé et des services sociaux* pour l'Institut de la Statistique du Québec. Cette étude démontre que les personnes qui déclarent

⁹ Le terme est tiré de l'ouvrage cité.

ne connaître ni le français ni l'anglais ne présentent pas de différence d'accès aux services de santé (Chevalier et Gravel 2002, 253) ni de satisfaction des services reçus (ibid., p. 252) par rapport au reste des migrants récents interrogés dans le cadre de l'étude. Cela contredit l'argument voulant que les barrières linguistiques entraînent la sous-utilisation des services de santé. Il serait intéressant, dans des recherches futures, d'explorer une littérature plus récente sur ce sujet afin de voir si les perceptions ont vraiment changé ou si l'étude de Chevalier et Gravel était une exception.

Plusieurs auteurs soulignent l'importance des différences culturelles en matière de santé entre les intervenants en santé et les usagers des services de soins (Cognet 2001, 129; Fortin et Carle 2007; Massé 1995, 404,410; Gravel et Battaglini 2000, 66-69). Cet aspect relationnel est retenu par ces auteurs comme posant un défi à la communication entre les intervenants et les usagers, un facteur problématique de l'utilisation des services de santé. Bien que 90% des répondants se soient sentis compris par les intervenants de santé, seulement 47% se disent être confortables avec la différence culturelle qui peut exister entre eux et les intervenants (Gravel et Legault, 1996 dans Chevalier et Gravel, 2002). Certains répondants ont par ailleurs noté qu'ils souhaiteraient un meilleur accès aux services d'interprétation (Chevalier et Gravel 2002, 258).

2.2 Consommation de médicaments¹⁰

Le poids des médicaments se fait de plus en plus lourd dans les dépenses de santé du Canada. Leur consommation représente la deuxième source de dépenses en santé depuis

¹⁰ On entend par « médicament » un objet absorbé par le corps qui « est destiné à produire un effet salutaire : le guérir, prévenir la maladie ou soulager ses douleurs [...] qu'il soit naturel (tiré des règnes minéraux, végétaux ou animaux) ou produit de synthèse (comme les antibiotiques ou les antihistaminiques par exemple) » (Marzano Parisoli 2007, 569).

1997, après celles liées aux hôpitaux (Institut canadien d'information sur la santé 2011, 4). La consommation de médicaments n'a d'ailleurs cessé de croître ces dernières années (Collin 2007; Collin et al. 2005; Institut canadien d'information sur la santé 2011). En tenant compte de l'inflation, les dépenses annuelles en médicaments prescrits et en vente libre par habitant sont passées de 147\$ en 1985 à 463\$ en 2008 (Institut canadien d'information sur la santé 2011, 7), soit un taux d'augmentation total d'environ 215%. Malgré le fait que ces chiffres incluent certains produits de santé naturels (PSN), tels que décrits par la loi fédérale sur les Produits de Santé Naturels de janvier 2004¹¹, on peut supposer que bon nombre de remèdes passent inaperçus aux yeux des statisticiens, surtout lorsqu'ils ne sont pas couverts par un régime d'assurance. Leur inclusion ferait sans doute gonfler ce chiffre et montrerait la réelle ampleur de la consommation de médicaments.

La source de cette croissance est multiple. Les auteurs recensés pour ce travail relèvent entre autres que la multiplication des produits offerts (d'ordre général offerts d'abord à un coût plus élevé) sur le marché a eu un impact sur l'augmentation de la consommation (Digby 2005, 440; Institut canadien d'information sur la santé 2011, 36); d'autres auteurs mentionnent que « *leur succès est aussi lié au fait qu'ils permettent de court-circuiter certains des contrôles sociaux auxquels les individus sont confrontés, leur usage privé, sinon secret, contribuant à l'autonomie dans les choix de vie et de traitement* » (Desclaux et Lévy 2003, 19-20). Cette croissance prouve la pertinence d'étudier la consommation de médicaments et d'en comprendre les mécanismes. Certaines variables, notamment le fait d'être une femme et le fait d'être migrant, peuvent jouer sur les modalités de consommation médicamenteuse.

Les femmes et les hommes ne sont égaux ni biologiquement ni socialement en matière de santé. Les différences biologiques, surtout au niveau des systèmes reproducteurs, sont évidentes. Les différences associées à la construction sociale du genre sont quant à elles plus subtiles. Bien que les femmes aient une plus longue espérance de vie

¹¹ Notons par ailleurs qu'en assujettissant les « remèdes traditionnels » à cette loi, le gouvernement fédéral a d'emblée reconnu l'importance des « traditions médicales » issues de cultures minoritaires au Canada (Blanc et Monnaï 2007, 3).

que les hommes, elles jouissent d'une moins bonne qualité de vie (OMS 2009). Selon les études statistiques sur la santé des populations, être une femme est le deuxième plus important facteur de discrimination en santé, tout de suite après l'âge. Selon Vissandje et ses collaborateurs, cette variation s'explique par le fait que « *les problèmes de santé des femmes reflètent la discrimination et le désavantage que tant d'entre elles continuent de vivre* » (Vissandjee et al. 2004, 934). De manière plus concrète, ce désavantage contribue à l'augmentation du stress et de la détresse psychologique ainsi qu'à la réduction de l'estime de soi (Guyon 1996, 80), autant de facteurs nuisibles pour la santé. Ainsi, les femmes présentent plus de symptômes, plus de problèmes chroniques majeurs, plus de maladies, consultent plus souvent des professionnels de la santé et consomment plus de médicaments que les hommes (Conseil du statut de la femme 2011, 14; Guyon 1996, 1; Payne et al. 2003).

Les migrants au Canada consommeraient moins de médicaments que les natifs du Canada (Payne et al. 2003, 5) et que les Québécois « de souche » (Chamberland 2002). Les nouveaux arrivants chinois ne feraient pas exception à cette règle (Pica 2004). Chez les migrants chinois, la consommation de médicaments serait plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Mehta et al. 2007, 762; Chamberland 2002, 275-276; Jenkins et al. 1996, 1052) et ce malgré des états de santé similaires entre les genres (Pica 2004, 4). De façon plus large, Roth et Kobayashi (2010, 42-43) ont étudié le recours aux MAC chez les Canadiens d'origine chinoise. Les résultats de leur étude démontrent que, comparativement aux Canadiens en général, aux hommes canadiens d'origine chinoise (migrants ou nés au Canada) et aux femmes d'origine chinoise nées au Canada, ce sont les femmes chinoises migrantes qui seraient les plus susceptibles d'avoir recours aux MAC. L'écart de consommation de médicaments et de recours aux MAC entre les hommes et les femmes pourrait s'expliquer par certains épisodes de santé spécifiquement féminins qui entraînent un recours aux médicaments. Nous aurons l'occasion de voir, à travers les résultats de cette recherche, que c'est notamment le cas des menstruations, de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Les femmes chinoises consommeraient aussi davantage de médicaments et thérapies (surtout l'acupuncture) associés aux MCT (Chang et al. 2008;

Roth et Kobayashi 2008; Roth et Kobayashi 2010). Il faut cependant se demander jusqu'à quel point les données sur la consommation médicamenteuse des migrants reflètent la totalité des pratiques de consommation médicamenteuse, notamment de l'automédication, une dimension non négligeable de la consommation médicamenteuse. En effet, des recherches sur la santé des migrants, en provenance de Chine comme d'ailleurs, ont avancé que certaines pratiques de consommation médicamenteuse se déroulaient à l'extérieur des réseaux de soins formels, notamment sous forme de retour au pays d'origine ou d'envoi de médicaments (Le Gall et Montgomery 2009; Ma 1999; Guo 2000; Green et al. 2006, 1504). Les migrants asiatiques consommeraient par ailleurs des médicaments issus de traditions médicales de leur pays d'origine et de la biomédecine, et ce, sans y voir de conflit entre l'un et l'autre (Dyck 1995, 251; Gervais et Jovchelovitch 1998b, 721; Guo 2000, 155; Clarkson et Tran 1997, 16-17). Ces deux formes de traitements sont plutôt considérées comme complémentaires et toutes les recherches abordant la question s'entendent pour dire qu'en Chine comme au Canada, une combinaison de soins issus des MCT et de la biomédecine est très courante (Chang et al. 2008; Clarkson et Tran 1997; Gervais et Jovchelovitch 1998b; Gervais et Jovchelovitch 1998a; Green et al. 2006; Guo 2000; Lai et Chappell 2007; Lam 2001; Ma 1999; Prior, Chun, et Huat 2000; Roth et Kobayashi 2010; Wade, Chao, et Kronenberg 2007; Wong et al. 1998; Zhan et Chen 2004). Ce pluralisme médicamenteux et thérapeutique est au contraire considéré par plusieurs chercheurs comme une façon de maximiser l'accès aux soins (Green et al. 2006; Wade, Chao, et Kronenberg 2007, 266) et coule de source avec les pratiques pluralistes qui font partie intrinsèque de la médecine et du soin en Chine (Scheid 2002).

Ce chapitre a réaffirmé l'importance de replacer le sujet d'étude dans son contexte plus large. Ainsi, même si nos répondantes puisent dans leurs connaissances des MCT pour donner sens à leurs expériences de santé et leur consommation médicamenteuse, il en sera d'ailleurs question au prochain chapitre, cet aspect ne peut expliquer en totalité les logiques de recours. Celles-ci doivent aussi être étudiées à la lumière de facteurs culturels, socio-économiques et politiques. Nous avons pu observer que les migrants récents sont en

meilleure santé que la moyenne des Canadiens, mais que cet avantage s'estompe au fil du temps. Plusieurs facteurs sociaux et structurels contribuent à expliquer ce phénomène. Les plus souvent cités sont les défis spécifiques aux phases migratoires, les difficultés d'adaptation au nouveau pays ainsi que la sous-utilisation des services de soins formels. La sous-utilisation des services de santé est un facteur inquiétant et nombreux sont les chercheurs qui ont tenté de l'expliquer. Les pratiques de consommation médicamenteuse, bien que l'objet de données statistiques, n'ont cependant pas fait l'objet d'analyses qualitatives poussées. En outre, on sait qu'au fil de leurs années de résidence en sol canadien, les nouveaux arrivants adoptent un mode de vie et des comportements en matière de santé similaires à ceux de l'ensemble des Canadiens (Chen, Ng, et Wilkins 1996, 39). Considérant que les Canadiens sont les deuxièmes plus grands consommateurs de médicaments au monde (Institut canadien d'information sur la santé 2011, 29), il semble important d'analyser plus en profondeur les logiques qui sous-tendent la consommation médicamenteuse chez des sous-groupes de migrants, en l'occurrence les femmes chinoises.

Chapitre 3 : Des portraits uniques et diversifiés

Les données recueillies auprès des femmes chinoises rencontrées font l'objet, aux chapitres 3 et 4, d'une double analyse complémentaire. À la manière de Janzen dans *The Quest for Therapy in Lower Zaire* (Janzen 1978), le chapitre 3 propose une analyse du contenu de chacune des entrevues au travers d'une reconstruction des itinéraires thérapeutiques qui permet de mettre l'emphasis sur le parcours biographique individuel et la temporalité des expériences de recours ; pour sa part, le chapitre 4 se concentre sur une analyse transversale qui permet de faire ressortir les logiques de recours aux médicaments au-delà des cas individuels, soit les perceptions relatives à la santé et aux médicaments, les expériences de santé et les stratégies d'accessibilité aux soins et médicaments.

Le chapitre 3 est composé des portraits individuels de chacune des femmes chinoises rencontrées. Ce format permet de laisser place à la voix des informatrices, aux événements de vie, mais surtout de santé qu'elles ont jugés importants, ainsi qu'aux gestes thérapeutiques qu'elles ont posés en lien avec eux. Notre travail a été, en dressant ces portraits, de reconstruire les itinéraires thérapeutiques des participantes. Ainsi, les parcours de santé et leurs recours thérapeutiques sont présentés en ordre chronologique, remontant aussi loin que l'enfance (lorsqu'abordée par les participantes) jusqu'au moment de l'entretien. La reconstruction des itinéraires thérapeutiques a permis d'observer deux points importants : le poids de l'expérience individuelle (de l'immigration, de la maladie, etc.) et la temporalité. Chaque portrait révèle en effet une combinaison unique de ressources thérapeutiques issues de différentes traditions médicales, et ce, chez une même participante. La temporalité marque quant à elle les changements dans les expériences de la santé et de la gestion qui en sont faites, propre à chacune des femmes rencontrées.

3.1 Mme Ma¹²

L'interprète et moi allons rencontrer Mme Ma dans son logement du Quartier chinois. Après nous avoir offert du thé froid, notre hôte nous invite à passer dans son bureau. Il s'agit d'une toute petite pièce réservée à la profession de Mme Ma, où elle pratique à la fois la biomédecine et les MCT : on y trouve un lit couvert d'un drap blanc, un bureau de consultations et une étagère contenant des livres. Sur les murs sont accrochés des photos et cadres de calligraphies. Prenant place derrière son bureau, elle nous invite à nous asseoir devant elle afin de commencer notre entretien.

Mme Ma naît au milieu des années 1930 dans le nord de la Chine. Son enfance a été marquée par une santé déficiente, nous raconte-t-elle, et ce, dès son plus jeune âge. Sa mère n'avait pas assez de lait pour la nourrir et Mme Ma raconte que malgré l'abondance d'aliments très nourrissants dans le nord de la Chine, dont les fèves de soja, sa mère ne possédait pas les connaissances nécessaires en nutrition pour substituer le lait maternel par d'autres aliments :

« my mom did not have enough milk to feed me, so I can have soy milk instead (pause) at that area, there was no milk from the cow and my mother just didn't know that she can feed me with soya milk, so my mother just feed me with sorghum. The main ingredient of sorghum is carbohydrate so as a result I became very fat. So my face was very pale, that is a symptom of having too much carbohydrate and not enough protein ».

Au cours de son enfance, Mme Ma a aussi développé du rachitisme. Elle nous raconte que ce problème de santé est causé par une carence en vitamine D :

« I did not have enough sunshine, expose to sunlight, and so I lack of vitamin D so my calcium, the metabolism for calcium and another is phosphor, because of the lack of calcium and phosphor I had a disease called rickets, the symptom is here (elle joint le bout des doigts et appuie ses poignets sur sa poitrine, formant ainsi un triangle) is like a chicken chest, the ribs is like

¹² Tous les noms de personnes citées dans le cadre des entretiens réalisés pour ce mémoire sont fictifs

that. More serious, the legs is like that (elle utilise une grande feuille de papier brun, posée sur le bureau, pour dessiner des jambes arquées, puis Mme Ma se lève, bouge sa jambe, puis attrape mon genou et le déplace vers l'extérieur, tout en parlant) but I was not as serious as that (...) This illness, the major cause is lack of vitamin D. So if my mother knew, then actually is very easy, just put under the sun and will be cured ».

À cause de cette maladie, elle s'est blessé le genou en sautant à l'école secondaire et a été opérée. Jusqu'à ce jour, elle ne peut plier sa jambe complètement. Elle affirme que les médecins n'auraient pas dû l'opérer :

« The doctors should not have operate on me. If I knew that at that time I could have go to herbal practitioner, not herbal, the Chinese way of working on me, they would stretch the tendon and hum take some herbal medication and it would have been cured ».

En 1952, Mme Ma amorce des études de médecine. Elle précise que, à cette époque, sous le gouvernement de Mao, la médecine traditionnelle chinoise n'était pas enseignée et qu'elle a donc appris la « même médecine » qui est enseignée au Canada. Elle obtient son diplôme six ans plus tard et est affectée à un centre hospitalier dédié à la recherche et l'enseignement. Elle y occupe le poste de pédiatre pendant 36 ans, soit jusqu'à son départ vers le Canada en 1994. En 1974, le gouvernement l'envoie étudier l'herboristerie traditionnelle chinoise :

« Before 1958, when you study to become a doctor in China, there is no hum teaching for Chinese herbal medication, before that before that year. Because after '58 Mao Zedong he mentioned that the Chinese herbal medication should be widely applied because this is a very good tradition, so in 1974 I was select, the hospital selected the doctor who are several experience to study herbal medication, for 3 years, starting in ' 74 ».

Elle deviendra ensuite une spécialiste en pharmacopée chinoise attachée aux problèmes rénaux. Ses recherches la mèneront d'ailleurs à publier un article sur des plantes médicinales qui annulent les effets secondaires de la cortisone.

En 1994, Mme Ma et son mari décident de quitter la Chine pour s'installer au Canada. Leur décision a été motivée par le fait qu'un de leurs enfants habite le Canada et

les deux autres les États-Unis. L'autre raison fut la pollution. Elle nous explique qu'il y avait près de son lieu de travail une centrale nucléaire où des tests étaient effectués. En conséquence, le taux de cancer y est très élevé. Son mari et elle souhaitaient, en venant au Canada, ne pas être exposés à la pollution et aux radiations nucléaires.

En 2001, Mme Ma remarque que du lait s'écoule de son sein. Peu après s'être installée au Canada, elle remarque en plus la présence de bosses anormales. Elle explique ce problème par une croissance anormale des cellules de la glande du sein. Elle est tout d'abord allée consulter un spécialiste dans un premier hôpital, le 26 juin 2001, un certain Dr Chalifoux (pseudonyme). Celui-ci aurait affirmé qu'il n'y avait aucun problème sans même avoir pris le temps de l'examiner. Insatisfaite de ce médecin, elle décide de consulter dans un deuxième hôpital le 3 juillet 2001. En arrivant à son rendez-vous, Mme Ma constate qu'il s'agit du même spécialiste qu'elle a rencontré lors de son rendez-vous précédent au premier hôpital. De peur qu'il la renvoie encore une fois sans l'examiner, elle lui demande de faire un test spécifique :

« I asked the doctor to have an exam, the procedure is you squeeze it (en disant cela, elle presse son sein droit de façon répété, comme si elle tentait d'en extraire du liquide) and to have to milk coming out and it will be on a glass and the doctor can see through the microscope (en parlant, elle mime la procédure: elle dépose une goutte sur le verre, elle met ses mains en cercle devant ses yeux, comme si elle regardait à travers les lunettes d'un microscope) and to see whether there is any cells for cancer or blood ».

À ses dires, le médecin n'aurait cependant pas été capable de suivre la procédure et Mme Ma l'a fait à sa place. Elle était surprise qu'un médecin aussi âgé que celui-ci ait si peu d'expérience. Les résultats de l'analyse ont confirmé une anormalité qu'elle explique en ces termes :

« This exam find out that in the milk there is some cell for blood and that is abnormal. This is actually a sign of abnormality and then either it's a tumor a benign tumor or cancer (elle se lève et se déplace vers la fenêtre, puis place un rayon x devant la lumière, de façon à ce que l'interprète et moi puissions observer. Sur le rayon x il est possible de distinguer une masse sous le mamelon) I had the x-ray, I had an exam to examine my gland, for the tubes where the milk come out, I had an x-ray for that. The glands are

usually 15 to 20s, whether you are a Westerner or a Chinese, like that (avec son index, elle trace sur le rayon x des canaux allant du tronc au bout du sein) ok, now I'm going to show you, look, look, there is a tumor here (elle pointe la masse) so this is like the liquid that they pump in for 9 ml, the position of the mass is between the nipple and the tumor is 3 cm. It's underneath, 9 by 2 mm, the tumor. So this is the distance here is 3 cm (elle déplace son doigt entre le bout du sein et la tumeur) The name of this illness is like the tumor hum inside the tube of the breast, it's just one tube, but this is a benign tumor ».

Le médecin a finalement demandé à Mme Ma de se présenter à l'hôpital le vendredi 13 juillet 2001. À cause de la barrière linguistique, elle croyait qu'elle y allait seulement pour rencontrer le médecin, mais elle s'est plutôt retrouvée sur la table d'opération, en anesthésie complète. L'opération a duré six heures. En se réveillant, Mme Ma savait que quelque chose n'allait pas, parce que cette opération ne devrait normalement pas durer aussi longtemps. Le lendemain matin, elle avait un rendez-vous postopératoire avec le médecin :

« according to the x-ray, this is the tumor here (elle soulève ses vêtements et expose son sein droit. Elle trace une ligne avec son doigt sous le mamelon) but the surgery was done here (elle trace une autre ligne, mais cette fois au-dessus du mamelon) and then also the wound is ten cm cut on me! (elle se recouvre de son chandail) why? So the next morning I went to Dr Chalifoux and I noticed that there is like the bandage here (elle touche le dessus de son sein droit) and then Dr Chalifoux just (incompréhensible) very very long the bandage (par de grands mouvements, elle fait semblant de tirer des bandages hors de son sein) and I said 'what happened, what have you done on me?' and then suddenly come in my mind 'ok, that is kind of things that you cannot stop bleeding so you push push more more bandage into my breast' ».

Le lendemain, la douleur était intolérable. Elle a soulevé le bandage et a remarqué un symptôme que l'interprète traduit par « *fill of blood* ». Elle presse alors son sein et remarque une goutte de lait s'en échapper. Mme Ma réalise alors que le médecin n'a pas enlevé la tumeur. La douleur était si grande, dit-elle, qu'elle a dû prendre des antidouleurs pendant les trois jours qui ont suivi, jusqu'à ce qu'elle se présente de nouveau devant le médecin, le 18 juillet 2001. Celui-ci a inséré une seringue dans son sein et en a retiré 50 ml de sang. Il a répété cette opération six fois jusqu'à extraire un total de 600 ml de sang. Elle souligne à

quel point elle était mécontente et qu'en conséquence, elle s'est rendue à l'hôpital chinois afin d'obtenir des éclaircissements sur ce qui c'était passé. Elle explique :

« he didn't know he didn't even take a look at this x-ray and just do a surgery, because whenever the doctor receives an x-ray like that, they have to sign, the doctor never signed because the doctor want to hide the mistake, so after the surgery, the medical history disappeared (pause) the doctor in Chinese Hospital tried to take the medical report and Dr Chalifoux write hum make-up a report so I'm going to find the report (pause) look, look (elle nous montre un second rayon-x) the Chinese Hospital took an ultrasound for me because the doctor tried to find the tumor and just damage tissue. This is not supposed to be like that (il est impossible de distinguer clairement les canaux sur le rayon-x, seulement une masse est visible) it should be one cut, he damaged my tissue, look, look, so this is 81 days still there is wound. That's why, because she damaged the tissue there was so much blood coming out (nous regardons toujours le second rayon-x) I thought what happened was because the doctor had a cut on me and did not find a tumor so she was getting nervous and go over here, here (elle agite sa main dans les airs) and damage the other tissues for 6 hours, for such a long time ».

Devant son impossibilité à réparer le tort que le Dr Chalifoux a causé, Mme Ma a décidé de retourner en Chine afin de subir l'ablation de son sein gauche¹³.

Le récit de Mme Ma, centré en particulier sur sa tumeur au sein, nous offre une vision unique, celle d'une professionnelle de la santé confrontée à des difficultés dans le réseau formel de la santé¹⁴. Sa méconnaissance des langues d'usage au Canada a compliqué son parcours hospitalier et ayant perdu confiance dans le système, Mme Ma a préféré retourner dans son pays natal afin de subir une chirurgie. Témoin de changements historiques dans son pays natal, elle possède des savoirs professionnels non-négligeables. On voit d'ailleurs clairement transparaître sa formation médicale dans son récit et dans l'explication des causes de ses problèmes de santé.

¹³ Mme Ma a décidé d'avoir recours à la justice contre le Dr Chalifoux. Depuis maintenant six ans, elle travaille de concert avec un organisme communautaire chinois afin de prouver que le médecin a illégalement constitué un faux dossier. Après avoir fait des recherches, elle a réalisé que ce même médecin a aussi eu des démêlés avec la justice aux États-Unis. Cependant, elle affirme qu'il est très difficile de prouver la négligence d'un médecin.

3.2 Karen

J'ai rencontré Karen chez elle, dans une banlieue ouest de Montréal, où elle habite seule avec sa fille en bas âge. Pendant que la petite joue au premier étage avec une gardienne, Karen m'invite à monter au bureau, où nous nous installons pour discuter.

Karen naît dans les années 1970 dans une province du centre de la Chine. Le climat très compétitif caractérisant les écoles secondaires chinoises provoquait chez elle des épisodes de stress important. Selon elle, la très grande charge de travail et le stress sont en particulier à l'origine de maux d'estomac récurrents. Même si les maux sont moins fréquents depuis son arrivée au Canada, en 1999, dans le cadre de ses études universitaires, ils n'ont pas complètement disparu et réapparaissent en cas de stress. Quand ils surviennent, elle tente d'apaiser le mal en se préparant une boisson à base d'herbes, de sucre brun et d'œufs :

« I have stomach problem, now I use if I feel bad I use herbs I use hum ginger, hum brown sugar, in the morning boil 10 minutes and I use eggs, (incompréhensible) eggs and put hot water the waters water cooked in eggs, I drink with stomach, empty stomach (pause) and it helps (hochement de tête affirmatif) (...) I use that one so so I don't take any medicine for that I just (pause) if I feel uncomfortable I'll do that for a couple like 1 3 months, 3 weeks so probably go away (rire) ».

Karen attribue aussi ses maux d'estomac à ses habitudes alimentaires. Elle affirme que, en Chine, les occasions de se réunir et de manger étaient nombreuses et que tous les plats étaient si délicieux qu'elle ne pouvait s'arrêter de manger. Maintenant, son estomac s'est

¹⁴ Il est entendu par « réseau formel de la santé » les diverses institutions étatiques de service de santé, par exemple les hôpitaux, les CLSC et les spécialistes auxquels ils renvoient, les lignes téléphoniques 8-1-1 et 9-1-1.

calmé parce qu'elle cuisine des plats très simples à la maison et que, selon ses dires, elle n'est pas toujours en train de trop manger.

La période de ses études universitaires au Canada a toutefois vu l'apparition de nouveaux troubles de santé. Elle expérimentait entre autres des maux de tête incommodants, causés à son avis par une routine instable. Lorsqu'elle souffrait d'un mal de tête, Karen consommait alors des Tylenols© :

« When I was in school, 'cause school schedule is not like work schedule here, I study late the next morning I got up hum I got up late too, you know, so hum, you go exam or (incompréhensible) certain things and I will have headache, so then I found Tylenol© it's best to cure headache ».

Son travail s'avérerait par contre moins stressant que l'étaient ses études. Bien sûr, il y a des échéanciers à respecter, mais la pression était pour elle plus grande au cours de ses années passées à l'école :

« For immigrant here (...) if we can find one spot in the society is you have to work hard, study hard. No one gonna help otherwise (rire). You have to find a job, in order to find a job you have to really know school, you know you're studying, that's why, you know. It's stressful at the time but now since I have job for 5 5 years I think it better, your life stable much more stable than before ».

Karen souffre aussi de maux de dos qui ont commencé il y a 8 ou 10 ans, soit vers 2000-2002. À cette époque, elle terminait ses études et entreprenait sa carrière. En 2005, à force d'être assise toute la journée, penchée au-dessus de son ordinateur, elle a développé en plus des maux de cou et d'épaules. Elle a essayé les traitements de physiothérapie, mais précise que « ça ne fonctionne pas pour elle ». Elle a aussi consulté un naturopathe qui lui a prescrit des herbes à boire en décoction. Karen a trouvé les interventions du naturopathe assez efficaces contre le stress, parce qu'il lui parlait, la calmait, la massait et lui donnait des herbes à boire en décoction. Elle a cependant arrêté ce traitement parce qu'elle oubliait toujours de consommer la décoction. Karen a ensuite consulté un acupuncteur pour ses douleurs aux dos, épaules et cou. Elle était satisfaite des résultats de l'acupuncture au début de son traitement. Cependant, elle a réalisé que l'acupuncture soulageait la douleur sans

traiter le problème. Suite à son premier rendez-vous, l'acupuncteur a remis à Karen des herbes chinoises médicinales à boire en décoction, en complément a traitement qu'elle venait de recevoir. Elle devait faire bouillir les herbes pendant une heure et ensuite boire l'eau infusée, mais ce processus de préparation était trop long à son goût. En fait, comme son horaire ne lui permettait pas de suivre ce type de traitement, elle n'a jamais pris la deuxième décoction. Quand elle s'est rendue à nouveau chez l'acupuncteur, il lui a demandé si elle avait consommé les herbes médicinales. Karen a répondu que non et il ne lui en a plus redonné. Elle dit que pour elle, les médicaments doivent être rapides et pratiques, qu'elle ne peut pas s'engager à préparer des herbes. Elle consulte maintenant un chiropraticien une fois par semaine, pour un traitement échelonné sur cinq semaines. Le traitement vise à aligner sa colonne afin de régler ses maux de cou. Après sa première visite chez le chiropraticien, elle se sentait différente et même plus grande. Elle est satisfaite de son traitement de chiropraxie, elle trouve que ça fonctionne bien pour elle.

En 2007, Karen développe des problèmes de sinus. Depuis ce temps, le problème revient chaque hiver. La première fois qu'elle a ressenti les symptômes, soit une toux et de la congestion, elle avait tellement mal qu'elle a cru qu'elle allait mourir du cancer. Elle attribue l'apparition récente de ce problème à une diminution de l'efficacité de son système immunitaire. Selon elle, l'environnement pollué de la Chine aide à renforcer le système immunitaire, prévenant ainsi les réactions allergiques. Au contraire, l'environnement qu'elle qualifie de « très propre » du Canada affaiblit le système immunitaire, qui ne peut donc pas combattre les allergies. Elle dit aussi que les problèmes de sinus durent très longtemps et qu'elle ne peut pas les guérir. Habituellement, elle n'a pas besoin de prendre des médicaments, elle se guérit elle-même, précise-t-elle. Mais quand elle a vu que les problèmes de sinus ne disparaissaient pas d'eux-mêmes, elle a consulté un médecin qui lui a prescrit des antibiotiques. À l'heure de l'entrevue, le problème ne s'était pas encore présenté, mais elle ne savait dire pourquoi. Elle croit qu'elle est peut-être plus détendue ou qu'elle fait plus d'exercice et que ces deux aspects peuvent aider, sans toutefois en être certaine.

Karen a aussi remarqué des changements dans sa santé à la suite de la naissance de sa fille en 2008, notamment des pertes de mémoire et des douleurs aux genoux. Les pertes de mémoire sont une grande frustration pour elle et elle souhaite régler ce problème. Plusieurs personnes lui ont dit que ce problème était lié à l'arrivée de sa fille. On lui a alors recommandé de prendre des Oméga-3 :

« It's because (pause) I find after I give birth I have a really bad memory, very bad and a lot of people say it's because you have so many things to do every day and you know, work here and then house work, baby. And then one of my friend recommend you can do omega-3, 'cause usually people say 2 years after your memory is supposed to be getting no more but not me, I still feel like this, really a bit scared me actually my memory is that, at least before I can trace back my memory to find let's say I forgot something, but now it's like blank, blank out, totally I have no clue what is it (petit rire) so that's why I took omega-3, that's will be better for your memory hum so that's why ».

Au moment de l'entrevue, elle en prenait depuis deux mois. Elle n'avait pas encore terminé toute une bouteille et n'avait pas encore remarqué de changement, elle ne pouvait donc pas dire si cela fonctionnait ou non. Malgré son incertitude quant à l'efficacité de l'Oméga-3, elle le prend quand même pour se rassurer, dit-elle. Elle garde sa bouteille d'Oméga-3 près du four à micro-ondes afin qu'elle soit visible et qu'elle pense à en consommer. De l'aveu même de la participante, cette méthode est toutefois inefficace : à son retour du travail, elle ne se souvient plus si elle a pris la gélule le matin ou non... Maintenant, elle essaie de planifier moins d'activités pour une journée et prend des notes sur les tâches quotidiennes à accomplir. Les pertes de mémoire sont très frustrantes pour Karen. Dans l'éventualité de l'inefficacité des Oméga-3, elle dit ne pas savoir du tout ce qu'elle pourra faire.

Quant aux douleurs aux genoux, selon son interprétation, elles seraient liées à un manque de calcium :

« I'm taking calcium it's because hum I find when I do exercise my knee hurts, yeah. So hum I started because you know Chinese hum food miss lot a (...) dairy food, yeah, dairy food in our trea, like in our food style (...) so that's it my mom never drink milk she has huge (elle étire le mot) problem, bone problem now. Hum so I start getting like drink milk, eating cheese

years ago hum I year ago because I notice that's never happen before, right after I give birth and I I find when I do exercise, like when I squat (...) it hurt my knee. That's why hum I drink milk and eat cheese, try to take yogurt like but still (pause) it help a bit but not totally, so I think probably age-wise as well so I think, that's why I started taking calcium ».

Cette citation illustre que bien que Karen a conservé un style alimentaire très près de celui qu'elle adoptait en Chine, elle affirme trouver que celui-ci comporte des lacunes en produits laitiers. Elle tente donc d'incorporer depuis peu des aliments qu'elle associe aux produits laitiers (lait, fromage, yogourt) dans son alimentation. Elle considère par ailleurs que ces produits sont riches en calcium et que ce minéral a un impact sur la santé des os. Selon cette interprétation de la santé, il semble clair que Karen établit un lien entre alimentation et santé de façon plus générale.

Karen considère quoi qu'il en soit être en très bonne santé. Elle croit d'ailleurs que puisqu'elle est généralement en bonne santé, les inconforts qu'elle peut ressentir sont plus inquiétants et plus difficiles à supporter; surtout, elle tolère très mal la douleur parce qu'elle n'y est pas habituée. Au contraire d'elle, affirme-t-elle, les gens qui sont toujours un peu malades sont moins incommodés parce qu'ils y sont habitués. Et c'est ce manque d'habitude, cette intolérance qui la conduirait à recourir à la médication ou à un professionnel de la santé dès qu'elle perçoit une altération de sa santé. Elle affirme avoir tendance à paniquer si elle vit une souffrance qu'elle ne peut identifier et avoir besoin d'identifier le problème le plus rapidement possible. À son avis, il y a toujours un risque que la situation empire lorsqu'on laisse aller les choses :

« my daddy same thing. he's really healthy he never taking medicine doesn't want take medicine hum but we all say those person it's dangerous because sometimes some disease hit you, you will be crushed better like faster than the people who actually knows always check the doctor 'cause they're always sick, you know (...) so that's why it's it's a bit panic so that's why whenever I have have things, I feel uncomfortable (pause) I will try to fix right away (pause) yeah. See like pain or stuff I'll I'll sometime if too much let's say I'll go acupuncture whatever that's why I try it all (rire) ».

Sa philosophie en matière de santé n'est pas de rester jeune ou de vivre plus longtemps, ce qui est important pour elle, c'est de ne pas être malade : « *doesn't mean I wanna be, you know hum (claquement de langue, pause), younger or or live longer. I just don't wanna suffer any illness (petit rire). I do exercise or whatever just because I don't wanna suffer illness* ».

Dans les itinéraires thérapeutiques de Karen, c'est surtout la complexité et la diversité des recours qui ressortent. On y remarque des épisodes de santé qui évoluent dans le temps, et où la migration vers le Canada est marqueur de changement. Dans sa quête de soins, on remarque une grande pluralité au niveau des thérapies médicamenteuses (« herbes chinoises » et Tylenol®, par exemple) mais aussi non-médicamenteuses. Karen a en effet consulté acupuncteur, chiropraticien, physiothérapeute, massothérapeute et naturopathe.

3.3 Hui Fang

Hui Fang nous reçoit dans son domicile d'Hochelaga-Maisonneuve. Elle nous invite, l'interprète et moi-même, à nous asseoir dans une pièce ouverte qui sert à la fois de salon et de salle à manger. Notre rencontre a lieu un jour de semaine, alors que son mari et son enfant aîné sont au travail et que son enfant cadet est à l'école. Pendant que l'interprète et Hui Fang se questionnent sur leur lieu de naissance respectif, nous portons attention aux alentours où une boîte transparente semble contenir des médicaments. Hui Fang la sortira d'ailleurs au cours de notre discussion afin de montrer certains produits médicamenteux qu'elle contient. Une fois les politesses échangées, nous commençons l'entretien.

Hui Fang naît au début des années 1960 dans le sud de la Chine. En 2005, elle déménage au Canada. Hui Fang trouve alors rapidement du travail : elle occupe un poste dans une chaîne de production, dans un espace réfrigéré, où elle doit soulever des boîtes de plus de 10 livres et les empiler jusqu'à une hauteur qui dépasse sa tête. Dès 2008, elle a

commencé à ressentir une rigidité dans son bras et surtout dans son cou lorsqu'elle levait les boîtes. Hui Fang s'est rendue à l'hôpital pour passer une imagerie à résonnance magnétique (IRM), à partir de laquelle le médecin a conclu qu'elle avait une hernie discale des cervicales. Un an plus tard, alors qu'elle levait une boîte très lourde, elle a ressenti une douleur soudaine. Sur le coup, elle ne pouvait plus tourner la tête. Elle a informé son superviseur de l'incident, mais il n'a pas cru qu'elle s'était blessée en levant une si petite charge. Elle a donc terminé sa journée de travail. Au cours de la soirée, elle a appliqué un onguent à base d'herbes qu'elle s'est procuré dans le quartier chinois de Montréal, le *Woodlock Medicated Balm*®. Hui Fang affirme que ce remède soulage en activant la circulation sanguine. Puis, sur le conseil de plusieurs personnes, elle s'est aussi procuré une huile à massage à base de méthyl salicylate, huile de turpentine, huile de feuille de cannelle et huile de palme :

« The ointment is just for herbal medication I put on before I saw the doctor. It was at night (...) (Hui Fang se lève et sort des bouteilles d'une boîte qu'elle garde sous la table du salon) it's like Chinese we sometimes use that herbal medicine (elle rit et me donne les bouteilles) (...) usually the Chinese medication it increase the circulation so you can heal better faster so it's usually the Chinese medication more like if you have some injury some wound they usually increase the circulation you can heal the wound faster(...) the first one I bought it because of this name, because it's related to the bone and this one I bought (silence) »

Question: why did you buy the second one?

Réponse: I just heard other people saying 'oh this one works, this one works' so I bought that ».

Quelques jours plus tard, elle a consulté un médecin à l'hôpital chinois de Montréal. Puisqu'elle ne parle ni le français ni l'anglais et que ses enfants doivent aller à l'école ou travailler, elle ne pouvait pas se rendre dans un autre hôpital. Le médecin de l'hôpital chinois lui a alors prescrit de l'apo-naproxen (un anti-inflammatoire non stéroïdien) et de la mylan-cyclobenzaprine (un relaxant qui agit sur le système nerveux central). Hui Fang se réfère à ces médicaments en les nommant « anti-douleurs ». Elle consomme ces

médicaments jusqu'à ce jour. Elle trouve ceux-ci efficaces au moment où elle les prend, mais dès qu'elle arrête, la douleur revient :

« When I took it, it seems that it release a little bit, but whenever I stop it, the pain come back, so until right now it's still the condition like that (...) in such a long period it didn't cure my problem so I don't think it's a good medication (...) when I feel painful I take the medication. It help me reduce the pain so I can sleep better so because I was able to sleep better I felt better on the following day, but once I stop the medication it doesn't help ».

Hui Fang trouve par ailleurs que l'apo-naproxen et la mylan-cyclobenzaprine lui enlèvent de l'énergie. C'est, selon elle, pourquoi elle est tombée plusieurs fois cet hiver.

Au cours des jours qui ont suivi sa douleur soudaine, Hui Fang a diminué sa charge de travail. Cependant, elle sentait que quelque chose n'allait pas. Elle est donc retournée voir le médecin de l'hôpital chinois, qui l'a référée à l'hôpital St-Luc. Un médecin spécialiste lui a fait passer une seconde imagerie à résonnance magnétique, le 3 avril 2009. L'accident de travail dont elle a été victime en 2009 a empiré le problème déjà présent depuis 2008. Elle a consulté un acupuncteur, un chiropraticien et un physiothérapeute, mais ces deux traitements n'ont pas beaucoup aidé et encore moins résolu le problème. L'acupuncture a un peu aidé en activant la circulation. Hui Fang n'a cependant pas aimé le traitement de chiropraxie. À sa première visite, le praticien lui a fait si mal qu'elle a dû prendre ses antidouleurs. Cela l'a inquiétée au point de ne pas suivre de traitement chiropratique au cours des mois de décembre et janvier. La thérapie qui lui convenait le mieux, malgré le fait qu'elle n'ait pas réglé son problème, fut selon elle la physiothérapie. Elle a fait le traitement de physiothérapie tout l'hiver trois fois par semaine, mais a dû arrêter parce que le coût était trop élevé et l'assurance ne couvre plus cette dépense. Après la fin de son traitement, elle s'est même procuré une machine dont l'effet est selon elle semblable à celui de la physiothérapie : *Dr Ho's Dual Therapy Machine*©. Hui Fang a vu l'annonce de cette machine à la télévision et l'a achetée. Elle doit appliquer les timbres où elle ressent de la douleur, puis en activant la machine, elle reçoit comme des petits coups d'aiguilles qui la soulagent. La *Therapy Machine* aide à diminuer l'intensité de la douleur, mais ne peut, là encore, éliminer la source du problème :

« So I take medication painkiller, I also have that machine (elle pointe une machine de la grandeur de la main qui est posée sur la table du salon) that release a little bit of my pain. It's some kind of the physiotherapy (...) it release a little bit of the problem, but (elle arête de parler, colle les timbres de la machine sur son cou. Les timbres sont reliés à la machine par des fils, puis elle met la machine en marche) but it doesn't cure it (...) So I put it on where I feel the pain (pause) I went to see the physiotherapist she also has this kind of thing. (Elle me montre la minuterie de la machine) 5 minute 10 minutes 20 minutes. So if I don't feel that release the pain or the discomfort, I do it longer (...) the effect of massage. But also release (pause) it goes 'tuck-tuck' (elle donne des petits coups répétés sur sa main opposée avec le bout de son index) like the needles (...) this is what I have to release a bit of the pain, the pain killer and also this machines which release a little bit of the pain ».

Lorsqu'elle bouge sa tête de droite à gauche ou de haut en bas, elle a des nausées. Elle a tout d'abord cru que c'était un effet secondaire des analgésiques, alors son médecin lui en a prescrit un différent. Il semblerait cependant que les nausées soient dues à la pression. Le physiothérapeute lui a expliqué que puisque la colonne vertébrale supporte tout le poids du corps et qu'elle travaille constamment, chaque mouvement est pénible. C'est pour cette raison qu'Hui Fang est inconfortable. Elle porte donc un support autour du cou, qui aide à réduire la pression. Elle ne peut rien faire d'autre pour réduire les nausées. Hui Fang les trouve malheureusement si inconfortantes qu'elle doit réduire ses activités. Un médecin spécialiste de l'Hôpital Notre-Dame lui a parlé d'une chirurgie possible. Il ne la recommande cependant pas, disant que c'est une chirurgie risquée qui pourrait la laisser paralysée. Hui Fang a décidé de suivre les conseils du médecin et de ne pas subir la chirurgie. Puisqu'elle peut encore marcher, même si c'est avec une canne, elle préfère ne pas prendre ce risque. Elle a rendez-vous avec un neurologue qu'elle a déjà vu à l'hôpital St-Mary en 2008 pour une radiculopathie lombaire et l'hernie discale. Hui Fang ne saurait dire si ces deux problèmes sont liés parce qu'elle est toujours sur la liste d'attente pour une « enquête sur les nerfs ». En mars 2010, Hui Fang a cessé de travailler pour cause de maladie. Elle vit en ce moment sur une assurance-vie qu'elle s'est procurée lorsqu'elle travaillait.

L'histoire que Hui Fang nous a livrée est exclusivement construite autour de son accident de travail. Celui-ci a eu un impact majeur sur sa vie et a bouleversé son quotidien. Comptable dans son pays d'origine, Hui Fang n'était pas préparée à accomplir des tâches physiques et répétitives, mais sa méconnaissance des langues d'usage et l'invalidité de son diplôme au Canada l'ont empêché de reprendre sa profession. Ce changement de vie, qui a provoqué ses blessures et éventuellement son incapacité à travailler, a certainement marqué son adaptation au Canada. Dans sa recherche de guérison et de mieux-être, Hui Fang s'en est remis aux soins formels de santé et aux spécialistes (physiothérapeute, chiropraticien) qui lui ont été référés, mais a aussi eu recours à un acupuncteur et à des remèdes sous forme d'onguents et d'huiles. Son parcours dans le réseau formel de la santé est sinueux et lent, et Hui Fang commence à perdre espoir. Elle pense d'ailleurs, sur encouragement des membres de sa famille, à se rendre dans une province du sud de la Chine où elle a entendu parler d'une intervention chirurgicale, combinée à une médication « d'herbes chinoises » pour le rétablissement, qui pourrait venir à bout de son problème. À l'instar de Mme Ma, Hui Fang croit avoir épuisé toutes ses ressources au Canada et préfère retourner en Chine afin de recevoir des soins.

3.4 Hong Zhen

Nous rencontrons Hong Zhen dans le bureau de l'interprète. Alors que nous nous installons, Hong Zhen dépose son bras droit sur la table de travail : elle porte une attelle au poignet. L'entretien se déroulera autour de ce problème de santé lié à un accident de travail. Le récit que nous fera Hong Zhen de sa blessure en est un chargé d'émotion. Tantôt en colère, tantôt en larmes, puis résignée, Hong Zhen donne l'impression d'être une femme forte qui se bat contre ce que le destin lui a réservé.

Hong Zhen naît pour sa part au milieu des années 1960 dans le sud de la Chine. Une catastrophe naturelle a frappé la région lorsqu'elle était enfant, provoquant un manque de

nourriture. Sa famille devait alors se nourrir de maïs, de yams (ignames) et parfois d'œufs. Elle mangeait rarement de la viande à cette époque, mais dit avoir tout de même été en bonne santé. C'était une enfant très active, qui aimait chanter et danser.

En 2005, Hong Zhen accompagne son mari qui a obtenu un contrat de travail au Canada. Quelques semaines après son arrivée, elle trouve du travail auprès d'une compagnie manufacturière de vêtements. En Chine, Hong Zhen était caissière et vendeuse et aimait beaucoup son travail. Le changement fut difficile à vivre pour elle. Elle n'avait jamais cousu auparavant et affirme ne pas avoir reçu la formation nécessaire par l'usine. Au début, elle voyait les autres apprendre le travail très rapidement, mais elle n'y parvenait pas. Elle était tout d'abord payée à l'heure parce qu'elle n'était pas très productive, mais dès qu'elle eut mieux maîtrisé le travail, elle était payée à la pièce. Hong Zhen éprouvait un grand stress par rapport à cette façon de travailler. Plusieurs fois, lorsqu'elle tentait de travailler plus rapidement, elle s'est blessée avec l'aiguille, provoquant parfois des saignements abondants. De plus, lorsqu'elle tachait les vêtements avec son sang, elle devait le jeter et travailler encore plus vite afin d'atteindre le niveau de production demandé.

Un an plus tard, en 2006, Hong Zhen se blesse encore. En travaillant, elle ressent soudain une douleur au poignet. En arrivant à la maison, elle trempe son poignet dans l'eau chaude et se sent beaucoup mieux. Elle retourne travailler le lendemain matin, malgré le fait que son poignet est enflé. La journée suivante est un samedi. Hong Zhen n'a pas besoin d'aller travailler. Elle se rend dans une clinique du quartier chinois où un médecin lui a donné un papier en lui demandant de le remettre à son patron :

« then so after Friday I went to see a doctor on Saturday in Chinatown, they speak Mandarin and a doctor gave me a paper. I didn't know what that is about. The doctor said 'ok, just give it to your boss' and on Monday I went back to work, but I nervous, I said 'oh maybe' I rubbed myself and it seemed it was a little bit better and actually it was still painful a little bit, sometimes when I rub myself it's a little bit better, so I continued to work ».

Hong Zhen ne voulait pas donner le papier du médecin à son employeur, car elle avait peur qu'en prenant plus que deux jours de congé de maladie, elle soit renvoyée. D'un

autre côté, la douleur était grande. Elle en discute alors avec une collègue sur l'heure du midi qui confirme qu'il s'agit d'un papier de CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec). Hong Zhen décide finalement de le donner à son employeur. En prenant compte des faits, la compagnie souhaite que Hong Zhen soit examinée par un de leurs médecins. Cependant, incapable de communiquer avec le médecin, Hong Zhen visite à nouveau son médecin de famille, avec qui elle a une langue commune. À la suite de cette visite, le médecin lui dit de ne pas effectuer de « travaux lourds » au cours des trois prochains mois. Pendant cette période, Hong Zhen consulte un physiothérapeute référé par son médecin :

« The doctor referred me to a physiotherapy (elle soulève son bras et montre l'attelle qu'elle porte) They connect with electricity. So there's 2 plate here (elle pointe son poignet qui est soutenu par l'attelle) and it's connected to electricity. There's like, when the electricity goes through, it seems there's like a massage, the effect of a massage. I used the hot water by myself and the doctor told me, actually you should use cold water instead or ice and then it will, and then after I applied ice or cold water, the swelling part just become much normal than before ».

Après ces trois mois, Hong Zhen retourne voir le médecin. Elle doit recommencer à travailler à la pièce et ne prend donc plus le temps de visiter le physiothérapeute pour son traitement :

« I went back to the doctor on March 25th and the doctor told me that I have to go back to work but I said I still feel pain with my wrist, I cannot work by counting pieces, but the doctor said I cannot give you any, to request for less heavy duty for more than 3 months. The physiotherapy ask me 'why you stop coming?' I said 'because I have to start to work by counting pieces, I don't have time to see you' I told the physiotherapist that I have to go back to work and and and the physiotherapy said 'well you haven't recovered, you cannot work' and I mentioned 'because the doctor said I have to go back to work' and then and then the physiotherapy got angry and then 'I'm not going to see you anymore' ».

Un ou deux mois plus tard, la compagnie demande à Hong Zhen de retourner voir leur médecin. Ce médecin confirme qu'il s'agit d'un accident de travail et le communique à la CSST. À la fin de l'été 2007, Hong Zhen cesse de travailler définitivement. Peu de temps

après, elle doit subir une hystérectomie à cause d'une infection à l'utérus. Hong Zhen, qui désirait un second enfant, est alors très abattue. Malgré sa tristesse et l'algodystrophie sympathique réflexe au poignet, elle a intenté une poursuite judiciaire contre son ancien employeur. Elle dit qu'au cours de ce procès, son employeur a présenté de fausses preuves qui lui ont nui. Les procédures judiciaires ont été très éprouvantes pour Hong Zhen.

Les recours thérapeutiques de Hong Zhen sont surtout situés à l'intérieur du système formel, y compris le physiothérapeute qu'on lui a recommandé. Elle fera cependant un usage autonome des analgésiques prescrits et tentera de soulager sa douleur par la friction et l'application de chaleur ou de froid. L'itinéraire thérapeutique de Hong Zhen est entremêlé de démarches légales avec son employeur. La peur de perdre son emploi et l'impératif de gagner son salaire, la frustration de ne pouvoir communiquer comme elle le voudrait et la douleur qu'elle vit sont des causes de grand stress et de fatigue pour elle et semblent nuire à sa guérison.

3.5 Wen Ling

Wen Ling nous invite dans son appartement du « nouveau quartier chinois », près de l'Université Concordia, pour notre rencontre. Nous nous asseyons dans la cuisine de l'appartement qu'elle occupe avec son mari et ses bébés. Pendant tout le déroulement de l'entretien, nous sommes dans l'univers de Wen Ling : son mari prépare le dîner non loin de nous, et la gardienne joue avec les bébés dans la pièce avoisinante. Les bruits du quotidien en trame de fond, nous commençons à discuter.

Wen Ling naît dans le nord-ouest de la Chine au début des années 1980. Au cours de ses années d'études secondaires, elle dit avoir été affectée par des migraines sporadiques qu'elle juge avoir été bénignes et dont la cause n'aurait jamais été élucidée. Lorsqu'une migraine frappait, la stratégie de Wen Ling consistait à éviter les médicaments :

« Question : qu'est-ce que vous faisiez quand vous aviez une migraine?

Wen Ling : j pense que je fais rien (rire). Je j'ai pas pris J'ai pas une habitude de prendre médicaments tout de suite, c'est comme vraiment je me considère comme, ok c'est faut, à l'hôpital tout ça j'vais les prendre, parce que, c'est jamais assez sévère peut-être un petit peu de repos pis ça disparaît comme ça (silence) (...) J'ai pas une habitude de prendre les Tylenols© tout de suite après une douleur. J'ai vu que ici les gens ont comme une habitude, si j'ai mal à la tête, je prends tout de suite quelque chose, j'ai pas cette habitude-là ».

En 2001, elle participe à un programme d'échange universitaire qui l'amène à Québec. Elle retournera terminer ses études en Chine 2002, puis reviendra au Québec, cette fois à Montréal, pour entreprendre des études de maîtrise. Wen Ling souffre d'eczéma depuis qu'elle est arrivée au Québec. Selon elle, son eczéma serait causé par l'hiver et le chauffage.

En 2001, inquiétée par son eczéma, elle s'est présentée à l'urgence où on lui assigne alors un médecin de famille. Elle va donc de temps en temps chez le médecin pour qu'il lui prescrive une crème et des antibiotiques. Ces remèdes ne semblent pas la soulager véritablement et ils ne guérissent pas l'eczéma, qui revient chaque hiver. Elle a eu de grosses éruptions au cours de sa grossesse en 2009 et a reçu une recommandation du gynécologue de ne pas prendre d'antibiotiques. Elle s'est donc tournée vers une crème issue de la tradition médicale chinoise. Une crème noire « comme de l'encre » et « pas crémeuse » qui soulage les symptômes de l'eczéma sans toutefois guérir. Elle sait par ailleurs que le seul moyen de s'en débarrasser est d'attendre que l'hiver passe. Ses enfants ont eux aussi de l'eczéma. Wen Ling croit que c'est à cause d'elle mais aussi à cause du chauffage et de l'hiver. Elle précise que l'eczéma est très généralisé chez les bébés asiatiques :

« Mais chez les Asiatiques c'est souvent les eczémas, ici.

Question : pourquoi, vous pensez?

Wen Ling : je sais pas, c'est à cause de l'anticorps, notre système, pis (pause) pratiquement tous les bébés chinois ont de l'eczéma

Question : Tous les bébés chinois qui sont ici ou tous les bébés chinois?

Wen Ling : ben là-bas ou ici, pratiquement tous les bébés chinois asiatiques en général. C'est rare qu'il y a un bébé qui n'a pas. Enfin, y'en a des bébés qui n'ont pas, mais pratiquement beaucoup beaucoup ».

Wen Ling souffre également de problèmes digestifs depuis 2005-2006. Les problèmes ont commencé pendant sa maîtrise, surtout pendant la dernière année. Puisqu'elle avait des cours et qu'elle devait écrire un mémoire, elle ne mangeait jamais à temps et parfois ne mangeait qu'un repas par jour. Ça lui a donné un estomac qu'elle qualifie de « très faible ». Depuis ce temps, elle a d'ailleurs des douleurs si elle ne mange pas à temps. Elle a fait un examen du système digestif pour tenter de localiser la source du problème. Wen Ling affirme que même si les médecins n'ont pas pu tirer de conclusions probantes, ils estiment que l'estomac serait peut-être la source des douleurs.

Depuis quelques années, Wen Ling se sent également plus fatiguée qu'avant. Elle a pour ce problème consulté un spécialiste en médecine traditionnelle chinoise :

« Question : avez-vous déjà fait les tests pour la pression?

Wen Ling : hum je pense pas c'est les tests, je pense j'ai consulté plutôt comme le médecin chinois, comme traditionnel. Pis eux pensent que c'est plus ça la cause.

Question : Est-ce que vous savez comment ils font pour évaluer la pression?

Wen Ling : hum (elle réfléchit) je pense eux c'est comme regarder la langue, ou quelque chose comme ça (elle rit)

Question : Est-ce que vous y allez régulièrement, voir le médecin?

Wen Ling : non, mais des fois c'est comme tu sais pas trop ce que c'est, parce que tu sais à l'hôpital, même avec les tests, ça va pas te donner des résultats, pis tu vas essayer plutôt essayer comme médecine chinoise traditionnelle. Pis hum ils vont penser que c'est un système global qui est un petit peu faible, qu'il faut améliorer un petit peu. Il faut prendre quelque chose, un médicament traditionnel.

Question : comme quoi?

Wen Ling : des herbes (...) tu les cuis, dans l'eau et pis tu le bois ».

Wen Ling a découvert sa grossesse à l'automne 2009, alors qu'elle était enceinte de deux mois. Son médecin lui a recommandé de prendre des suppléments de fer pour compenser une carence :

« Quand le médecin a trouvé que j'ai pas assez de réserve de fer, il me conseille de prendre, parce que si y' a pas assez de fer, je pense euh (hésitation) je pense que le bébé va manquer d'oxygène ou quelque chose comme ça. (Pause) durant l'allaitement aussi, il faut toujours avoir un supplément de fer pour les bébés en fait ».

Elle a pris ce supplément pendant toute sa grossesse et jusqu'à cinq mois après la naissance de ses jumelles. Mais elle a finalement décidé d'arrêter de les prendre parce que, dit-elle elle les oubliait toujours. Même chose pour les vitamines. Elle a pris des multivitamines au cours de sa grossesse et en prend toujours pendant l'allaitement, mais elle les oublie souvent. Questionnée sur la raison de consommer des multivitamines, Wen Ling répond : « euh pour se tenir en forme. Enfin, parce qu'au début en grossesse, après j'allait. C'est plutôt pour les bébés en fait, c'est pas pour moi ».

Au printemps 2010, Wen Ling a donné naissance à ses jumelles. L'accouchement s'est fait par césarienne. Elle considère qu'elle a été très chanceuse parce qu'elle n'a pas vraiment senti les contractions. Elle a eu une épidurale et après l'accouchement, du fait de l'intervention subie, son médecin lui a recommandé de prendre des Tylenols© pour éviter de ressentir la douleur. Elle précise qu'en temps normal elle ne prend pas de médicaments :

« Question : est-ce que vous en avez pris pendant longtemps, quand ça durait vos douleurs?

Wen Ling : non, mon mari ne veut pas (rire). Non. En fait, j'ai pas vraiment eu beaucoup de douleurs, j'ai pris en prévention parce que médecin me dit tu dois être active pour les bébés alors c'est mieux de prendre un petit peu sinon t'auras des problèmes. J'ai peut-être pris (pause) maximum deux semaines après l'accouchement, je pense ».

Lorsque Wen Ling a le rhume, elle attend tout d'abord quelques jours afin de voir si elle va guérir d'elle-même. Pendant cette période, elle boit beaucoup d'eau chaude, elle se couvre mieux et mange plus de fruits. Si le rhume ne guérit pas, elle pensera alors des antibiotiques. Ça ne lui est pas encore arrivé depuis qu'elle est au Québec, précise-t-elle, mais en Chine, elle pouvait se procurer des antibiotiques sans ordonnance de son médecin. Pour autant, elle hésite toujours, parce qu'elle n'aime pas les effets secondaires :

« hum je fais très attention pour les antibiotiques et les médicaments parce que moi si j'suis comme j'aime toujours pas comme l'effet secondaire des médicaments pis j'hésite beaucoup de prendre des médicaments quand j'ai un rhume. J'attends un petit peu, genre quelques jours, juste pour voir est-ce que ça va comme guérir tout seul ou pas (...) parce que chez nous en Chine y' a comme y' a certains antibiotiques t'as pas besoin de prendre une ordonnance, une prescription. C'est vraiment libre au marché. Euh (pause), mais j'essayais toujours de prendre un médicament qui a moins d'effets secondaires et qui est moins hum (claquement de langue) chimique ».

Wen Ling nous révèle, avec cette citation, une peur de la toxicité des médicaments. Une association semble être faite entre ce qui est chimique et ce qui est toxique. S'associent aussi à la toxicité les effets secondaires, que Wen Ling désire clairement éviter. Elle semble préconiser l'attente en premier lieu, sans médicament. Les douleurs ressenties en lien avec des migraines et des maux digestifs ne font d'ailleurs l'objet d'aucun recours médicamenteux rapporté et le rhume doit être perçu comme sévère par Wen Ling pour qu'elle passe outre ses réticences et consomme des antibiotiques. Wen Ling estime être en bonne santé. Les maux dont elle souffre et les sacrifices (temps, repos, horaire instable) qu'elle fait pour ses bébés sont les causes d'altération de sa santé.

3.6 Lian

Nous nous donnons rendez-vous près de chez Lian, dans le quartier Côte-des-Neiges. Nous nous installons à l'écart des autres clients dans un café. Nous discutons entre

autres de la vie que Lian a menée dans un pays d'Europe pendant les 12 années qui ont précédé son arrivée au Canada et de sa grossesse d'environ trois mois. Dès que le serveur nous apporte nos cafés, nous débutons l'entretien.

Lian naît dans le sud de la Chine au début des années 1980, puis passe son enfance à Shanghai. À 16 ans, elle déménage en Allemagne pour poursuivre des études universitaires. Elle y vivra jusqu'à son déménagement au Canada en 2009. Lian fait de l'anémie sporadiquement depuis l'enfance. Ses parents lui ont toujours dit de porter une attention particulière à ses repas afin de maîtriser ce problème. Ils lui recommandent en particulier de manger des épinards et de boire du thé vert, parce que ces aliments contiennent du fer. Ses parents lui donnaient aussi des multivitamines pendant son adolescence : « *I guess when I was teenager, my parents think it was good because as teenager for your body you need more nutritious, more vitamins so maybe I cannot get enough from the food so I took extra vitamins to make I got all elements in my body (rire)* ». Lian explique son anémie par une déficience de globules rouges dans son sang. Lorsqu'elle était enfant, elle prenait des suppléments de fer qui ressemblaient à des bonbons et qui goûtaient le fer.

L'anémie avait finalement disparu au cours de son adolescence, mais est revenue depuis sa grossesse, parce que son corps requiert maintenant plus de fer, ce qui explique la déficience précise-t-elle : « *I guess iron is the way to treat it. So yeah I take them for years and then it disappeared but recently because of the pregnancy I guess my body requires more iron so now I'm I'm anemia again, so I'm taking the iron again* ». Le supplément est maintenant sous forme de pilules, nommé Euro-fer. Elle garde la bouteille d'euro-fer dans son sac à main, car elle doit le prendre chaque jour. L'Euro-fer est censé causer des nausées, mais elle ne saurait pas dire si ses nausées sont le résultat de la grossesse ou un effet secondaire du médicament.

Les nausées ont de fait commencé il y a quelque temps déjà. Elle croit que face à cette situation, la plupart des femmes suivraient les conseils de leur gynécologue et prendraient des médicaments, mais elle préfère pour sa part ne pas en prendre :

« hum (elle réfléchit) well I guess most people, most women here would take the advice of the doctor gynecologist to take some pills but (pause) when I told my gynecologist 'if I can stand here today I prefer to I prefer not to take any medicine' yeah ».

Pour éviter ou diminuer les maux de cœur, elle évite simplement de boire du lait. La progression de la grossesse a marqué une diminution des nausées. Lorsque celles-ci sont prononcées, Lian boira un thé ou ira se reposer plutôt que de consommer un médicament.

Lian préfère aussi éviter les médicaments lorsqu'il s'agit d'un rhume, du moins si le problème lui apparaît bénin. Si c'est une grippe qu'elle estime légère, elle boira plus de thé et d'eau, prendra un bain chaud et tentera de se reposer. Dans le cas d'un rhume sévère, qu'elle identifie par la fièvre, elle ira chez le médecin. En général, celui-ci lui confirmera qu'il s'agit d'un rhume ou d'une infection causée par le rhume, ou un virus quelconque. Si c'est une infection, le médecin lui prescrira peut-être des antibiotiques. Cependant, elle évitera là encore d'en prendre si elle le peut : *« But normally if I can avoid it I try not to take them if the doctor tells me that it's important, I have to do it, then I have no choice ».*

Depuis quelque temps, elle a aussi des crampes aux jambes au cours de la nuit. Elle croit que c'est dû à un manque de calcium et aussi peut-être relié à la grossesse. Quand elle a une crampe, elle attend que ça passe. De manière préventive, elle essaie aussi de manger plus de fromage et de boire du lait, parce que ces aliments contiennent du calcium. On peut interpréter que Lian considère le calcium bon pour les crampes.

Un mois avant notre entretien, Lian a été hospitalisée pour des pierres aux reins (crise de coliques néphrétiques). Comme elle ne pouvait pas passer de CAT scan à cause de sa grossesse, les médecins lui ont fait subir un ultrason. Quand les médecins n'ont rien trouvé sur l'ultrason, ils ont supposé que les pierres étaient déjà passées et lui ont seulement donné des Tylenols© pour ses douleurs. Elle n'a pas trouvé les Tylenols© efficaces, donc ils lui ont donné de la morphine par intraveineuse et elle s'est endormie. La morphine l'inquiétait, elle ne voulait pas en prendre au début pour ne pas nuire au bébé, mais le médecin l'a rassurée : *« I was worried about the baby because I saw that it's not good for*

the baby but the doctor said well I should have it if I suffer from the pain, the baby will also suffer more, so there are more advantages to take it, yeah ».

Les itinéraires thérapeutiques de Lian s'articulent autour de l'évitement de médicaments. Elle affirme à plusieurs reprises refuser des médicaments suggérés par son médecin et traiter par le repos les maux plus bénins. On remarque aussi que Lian n'a pas rapporté faire usage de médicaments liés aux MCT. La consommation médicamenteuse relative aux événements de santé dont elle a parlé était constituée surtout de vitamines et de suppléments ou encore d'analgésiques lors d'une hospitalisation. Lian se considère en bonne santé pour son âge. Elle affirme que les gens dans la vingtaine ne présentent généralement pas beaucoup de symptômes, et que c'est son cas. Lian insiste cependant sur la relativité d'un tel concept en disant que si elle était plus âgée et avait le même état de santé, elle se considérerait en très bonne santé.

3.7 Jiao Jie

Jiao Jie me donne rendez-vous au centre d'apprentissage du français qu'elle fréquente chaque matin de la semaine. Son professeur lui ayant accordé la permission de s'absenter du cours pour notre entretien, c'est dans une cafétéria déserte que nous nous installons pour discuter.

Jiao Jie naît au début des années 1970 dans une province du centre de la Chine. En 1996, elle déménage afin d'entamer une maîtrise à Beijing où elle s'installera pour vivre avec son mari. Puis, en 2008, elle suit son mari qui déménage au Canada pour un contrat de travail. Le type de profession qu'elle entreprend à la suite de ses études lui demande de rester assise pendant des fois sept ou huit heures consécutives, penchée au-dessus d'une table ou d'un ordinateur. Jiao Jie souffre de douleurs au niveau du cou depuis plusieurs années, douleurs qu'elle attribue à sa mauvaise posture de travail. Son médecin de famille

lui a dit que ce n'était rien. Selon elle, cette douleur serait apparue à force d'écrire à l'ordinateur pendant longtemps. La courbe de son cou ne serait pas normale et ça occasionne de la douleur, sans qu'elle la considère toutefois comme grave, mais quand même agaçante. Lorsqu'elle a mal, elle met un « sac magique » dans le four à micro-ondes pendant deux minutes et trouve cette méthode efficace pour soulager la douleur. Pendant la journée, spécialement quand elle a très froid, elle porte un foulard pour se protéger du froid.

Lorsqu'elle était à Beijing et qu'elle ressentait une douleur soutenue, elle consultait un massothérapeute à l'hôpital. Elle n'en consulte plus depuis qu'elle est ici, car elle n'est pas certaine que les massothérapeutes qui pratiquent hors des hôpitaux soient de vrais thérapeutes dit-elle. Les massages aidaient à soulager temporairement ses douleurs, mais ne pouvaient pas guérir de façon définitive. Donc, maintenant, elle veille à ne pas rester assise devant l'ordinateur plus de deux heures. Elle croit qu'en avançant en âge, la courbe de son cou s'accroît, et qu'elle doit en conséquence être plus prudente. Elle a pris une radiographie il y a quelque temps qui montrait que son cou ne suivait pas la courbe normale. L'année dernière, elle a consulté l'acupuncteur pendant dix semaines, une fois par semaine. Les douleurs ont diminué à la suite de ce traitement. L'acupuncteur lui a en outre recommandé de toujours se garder au chaud, même à l'intérieur, d'éviter d'exposer son cou au vent et au froid. S'étant rendue compte qu'en prenant ces précautions, elle souffrait beaucoup moins, elle se dit très prudente.

Depuis son arrivée au Canada, Jiao Jie consulte d'ailleurs un acupuncteur de façon régulière, notamment au moment des changements de saisons. Puisqu'elle considère ces périodes comme propices à l'apparition de maladies, Jiao Jie reçoit un traitement d'acupuncture préventif. Jiao Jie est aussi d'avis qu'une « perte d'harmonie » mène à la maladie. C'est pourquoi dès qu'elle ressent les premiers symptômes d'une « perte d'harmonie », il en sera question au chapitre 4, elle consulte aussi l'acupuncteur pour « regagner son harmonie » et ainsi éviter d'être malade. Elle se dit attachée aux MCT et elle y a recours en premier lieu. Si les MCT ne peuvent régler son problème, elle se tournera en second lieu vers la médecine conventionnelle. Les MCT sont en concordance avec son explication de la bonne et de la mauvaise santé :

« We have yīn and yáng I don't if you understand (petit rire) (...) yeah, because if you are yīn and yáng your body is balanced, you are in harmony, you're in good health. Otherwise you lose balance and you catch cold, you get disease. So that is the theory. I believe strongly in that kind of theory, so when I get bad, at first (petit rire) I go to a Chinese medicine (...) To regain the balance, that is why ».

Au cours d'un examen de routine vers 2005-2006, son médecin a trouvé une tumeur bénigne au sein droit. Elle était très surprise de l'apprendre parce qu'elle ne ressentait rien. Les membres de sa famille lui disaient que ce n'était pas normal pour une femme de 30 à 35 ans d'avoir ce genre de problème et ne comprenaient pas comment cela avait pu lui arriver, malgré que ce soit selon elle le genre de problème qui n'ait pas de cause. Elle a finalement passé un second test qui lui a confirmé la présence d'une tumeur. Le médecin lui a dit qu'il fallait subir l'ablation de la tumeur avant que le problème ne s'aggrave. Elle a donc subi une opération vers 2005. Après l'opération, elle s'est renseignée sur le sujet et plusieurs personnes lui ont dit que puisque c'était une tumeur bénigne, la tumeur pouvait partir d'elle-même. Jiao Jie précise cependant qu'une tumeur bénigne peut aussi se transformer en tumeur maligne et que dans ce cas, elle risquait l'ablation d'un sein. Elle a préféré se soumettre à l'opération visant l'ablation préventive de la tumeur bénigne. Elle voulait se débarrasser de la tumeur le plus rapidement possible, avant que le problème ne s'aggrave. Elle mentionne aussi que le taux de cancer augmente rapidement en Chine et que cela l'inquiète, surtout à son âge, puisqu'elle approche de la quarantaine. L'opération s'est déroulée en 30 minutes et elle est sortie de l'hôpital le lendemain, avec l'impression que rien de tout cela n'était arrivé. Après l'opération, le médecin l'a rassurée en disant que la tumeur était grosse comme un pois. Elle en conclut que ce n'était pas si sérieux, mais elle souhaitait quand même s'en débarrasser.

En 2008, Jiao Jie déménage au Canada. Elle dit que sa santé s'est grandement améliorée depuis qu'elle est ici, parce qu'elle est moins occupée. Son cou la fait toujours souffrir, mais Jiao Jie a trouvé un acupuncteur dont elle est extrêmement satisfaite. On remarque d'ailleurs dans le récit de Jiao Jie un attachement aux MCT, à l'acupuncture,

notamment. Elle met l'accent sur la prévention et le traitement à la maison afin d'éviter la maladie. Cependant, une tumeur au sein l'a menée à une courte hospitalisation.

3.8 Angie

Nous nous rencontrons dans un café de la résidence d'Angie, avoisinant le métro Atwater. En arrivant, Angie s'excuse de son léger retard. Elle a pris de soin de prendre un repas copieux au cas où notre entretien serait long, car elle me dit avoir une digestion rapide qui provoque des douleurs. Sitôt arrivée, notre discussion est déjà amorcée.

Angie naît à Taiwan au début des années 1980 où elle passera son enfance. En 2002, elle se rend sur la côte ouest américaine afin d'y étudier l'anglais. Elle retourne à Taiwan un an plus tard, puis déménage au Canada en 2008. Lorsqu'elle vivait encore à Taiwan, Angie avait souvent la grippe. Chaque saison, il y avait un nouveau virus de la grippe. Lorsqu'elle contractait ce virus, elle consultait un médecin. Elle affirme que puisque le médecin savait déjà qu'il s'agissait de la grippe saisonnière, l'examen se déroulait très vite. On lui remettait alors un grand pilulier à sept compartiments pour les sept jours de la semaine. Chaque compartiment contenait de cinq à sept médicaments différents :

« So many pill. One is for kill your virus, and because kill your virus so strong, so make your stomach hurt, so they give you a stomach pill. And because your stomach hum when you eat this stomach pill, it might cause you a headache, right? So they give you a headache pill (petit rire) it's kind of like a recover. In the end, you have so many pill, 5 pills. So that's why when I get older, I know that more, I don't go see a doctor, or I eat the pill I need. Hurt my stomach no problem, you get over with it but you don't have to eat other pill to recover.

Question: So you know which pill is for what?

Angie: yeah I ask. Because they have a name, right? And the inscription, they will write down what kind of pill it is, and they will tell you, not identify, but it was like 'R' and then the pill like the alphabet? You will see what kind of pill it is. But that is because my husband, because he always see, so I got this kind of habit from him ».

Dans cette citation, Angie émet une opinion négative sur ce qu'elle considère comme de la surmédication. On voit aussi transparaître le fait que, en vieillissant, elle a acquis des connaissances lui permettant de prendre en charge sa médication prescrite et par là de s'automédicament. Plusieurs pratiques d'automédication sont présentes chez Angie, notamment concernant les douleurs menstruelles et digestives, la gestion du rhume et des conséquences de mauvaise posture.

Depuis son adolescence, vers 1996, Angie souffre de douleurs au ventre, qu'elle associe à une digestion trop rapide :

« I'm digesting very fast, and if I didn't eat on time, yeah, I eat like 5 meals a day and if I didn't eat on time and I my stomach will get hurt and if my stomach starts get hurt, I couldn't eat anything anymore, and it will hurt like a long time. I eat hum it's like a Chinese powder it's (pause), I have no idea what it's called (rire), but just like a Chinese powder good for your stomach and I eat that, and it's take the pain away. And that kind of medicine it's not only hum take your pain away, it's also to protect your stomach as well ».

Pour soulager sa douleur, elle consommait alors une poudre chinoise, dont elle ne connaît pas la composition exacte, mais qui d'après elle est à base de plante et non chimique : une ou deux petites cuillérées de poudre et ensuite elle avalait un verre d'eau. Bien que les douleurs aient diminué en fréquence, Angie les ressent toujours en période de stress. Cependant, depuis son arrivée au Canada, elle ne consomme plus la poudre puisqu'elle ne sait pas où se la procurer. Elle tente donc de toujours manger « à temps ». Elle a consulté un médecin à ce sujet, qui lui a dit que son corps était fait comme ça, qu'elle digérait très rapidement. Selon elle, ce serait d'ailleurs pour cette raison qu'elle ne prend pas de poids même si elle ne fait pas d'exercice tout en mangeant beaucoup. Malgré une diminution de la fréquence des problèmes depuis son arrivée au Canada (diminution qu'elle attribue à rythme de vie moins stressant), les douleurs réapparaissent lorsqu'elle est nerveuse.

Angie est aussi allergique à la poussière. Lorsqu'elle se réveille et sort dans le froid, elle éternuera pendant 20 minutes. Au cours de l'hiver à Taiwan, les maisons se remplissent d'air froid durant la nuit, parce qu'il n'y a pas de chauffage. Au réveil, l'air est froid et Angie éternue beaucoup. L'humidité de Taiwan serait aussi nuisible à cet égard. Au cours de l'année qu'elle a passée à Los Angeles, elle n'a pas eu du tout d'allergies, phénomène qu'elle attribue à l'air très sec. Son nez a guéri au cours de cette année, mais les problèmes ont recommencé quand elle a quitté Los Angeles. Depuis qu'elle est au Canada, les allergies sont moins importantes grâce, selon elle, au chauffage qui maintient la température ambiante dans les maisons. Elle éternuera si elle sort de la maison peu de temps après s'être réveillée et que son nez entre en contact avec l'air froid.

Angie souffre de maux de dos depuis longtemps. Alors qu'elle s'investissait dans les équipes sportives de son école secondaire, il lui arrivait souvent de se blesser le dos. Lorsque cela arrivait, son entraîneur lui recommandait d'appliquer des timbres dermiques dégageant de la chaleur. Depuis son arrivée au Canada en 2008, c'est sa posture de travail qui serait responsable des maux de dos. Puisqu'Angie ne s'est pas procuré de timbres dermiques depuis qu'elle habite au Canada, elle mettra plutôt une bouillotte sur son dos. Ces deux méthodes, qui consistent à appliquer de la chaleur, aideraient grandement à soulager la douleur.

Angie utilise aussi la bouillotte lorsque ses menstruations provoquent une sensibilité au bas du dos. Elle se dit réticente à consommer des médicaments à cause de leur toxicité. C'est pourquoi elle préfère se tourner vers la bouillotte. De plus, elle utilise une décoction de plantes issue des MCT qui apaise les douleurs menstruelles. Ce remède, qui doit être bu au cours des dix jours suivant les menstruations, soulage en rétablissant le niveau de fer diminué par les menstruations. Angie refusait auparavant de consommer la décoction en raison de sa préparation qu'elle juge longue et compliquée. Cependant, elle trouve que ses douleurs menstruelles augmentent avec l'âge et a en conséquence décidé de faire usage de la décoction. C'est une amie qui achète des plantes séchées d'un magasin de médecine chinoise, qu'Angie qualifie de « très traditionnelle », à Taiwan et les lui en envoie :

« Very natural way. I tried to test by myself, like before and since I got here, even before, I don't drink any of that kind of thing because it's so much problem, you have to make soup, and then whole house will smell, you know. So before I don't drink that, but when I get older, and it (incompréhensible) is very painful every time my period came, and I don't want to take a pill, so my friend told me 'oh you can, I'll send to you' so she sent to me and I tried to make soup like after my period, like 10 days and I (pause) try to drink the soup and next month it's not pain anymore. It's just so weird (I nod with an expression of surprise on my face) I know! It's so weird. But it's slowly, like first time still pain a little bit, but not as pain as before and second time still pain, less than last time, it's like slowly slowly recover (silence) (...) I try to take every month, yeah, like I make a soup with chicken and put the water and steam it for like 1 hour and I drink water, I drink the soup, yeah ».

Angie apprécie particulièrement que ce remède soit naturel. Elle note aussi sa lenteur d'action, qui ne semble cependant pas affecter l'efficacité.

L'arrivée au Canada a aussi été marquée par l'apparition de feux sauvages. Elle croit que ce problème vient du fait qu'elle a peut-être bu dans le verre de quelqu'un qui avait des feux sauvages, mais elle n'en est pas certaine. Le virus récidive lorsqu'elle est stressée et lorsque la température change. Elle est donc allée chez le médecin, qui lui a prescrit une crème médicamenteuse. Elle applique la crème dès qu'elle a un feu sauvage et il disparaît rapidement. Elle ne veut pas essayer autre chose puisqu'elle est très satisfaite de la crème.

Angie a eu le rhume quelquefois au cours de sa vie, mais qu'une seule fois depuis qu'elle est arrivée au Canada. Elle a toussé pendant une semaine, constamment, c'était un très gros virus, un rhume sérieux précise-t-elle. Les trois premiers jours, elle n'a rien fait à part boire de l'eau et utiliser un mélange au miel et à la menthe pour soulager sa gorge qu'elle s'était procurée dans un magasin asiatique. Elle préfère utiliser un moyen naturel si le virus n'est pas sévère. Dans ce cas-ci, le remède à base de miel et de menthe n'aurait toutefois pas diminué sa toux. Après trois jours de symptômes, son mari lui a recommandé le sirop Buckley's®. Elle s'est donc rendue chez Pharmaprix pour s'en procurer et a terminé la bouteille. Elle a trouvé le goût horrible et n'a pas aimé la sensation de brûlure, mais le sirop soulageait sa toux et lui permettait de dormir. Elle ne voudrait pas avoir à en reprendre, mais elle préfère toutefois cette solution que d'attendre trois heures à l'urgence

afin de recevoir une prescription. Son approche se concentre maintenant sur la prévention : elle consomme des vitamines et dort beaucoup pour renforcer son système immunitaire. Elle croit que si elle se fatigue, elle contractera le rhume tout de suite. C'est pour ces raisons que, depuis son arrivée au Canada, Angie prend quotidiennement des vitamines B et C, la première parce qu'elle se fatigue facilement et la deuxième parce qu'elle renforce son système immunitaire. Angie croit que ces deux vitamines l'aident à prévenir le rhume. Elle se dit que ça doit bien fonctionner, parce qu'à la session dernière, tous ses collègues de classe sont tombés malades sauf elle.

On remarque chez Angie un désir de prise en charge de sa santé. Les remèdes utilisés à la maison pour la prévention et la guérison ainsi que l'usage autonome de médicaments sur ordonnance sont autant de démonstrations d'automédication. Elle dénonce une surconsommation de médicaments, qu'elle juge par ailleurs souvent toxiques. Elle leur préfère les moyens « naturels », par exemple l'usage des plantes issues des MCT. Le parcours de santé d'Angie se caractérise par une grande continuité des expériences de santé en contexte pré comme post-migratoire. Ces problèmes de santé ont par contre donné lieu à différents recours thérapeutiques selon l'endroit où se trouvait Angie (Taiwan ou Canada). L'indisponibilité de certains médicaments des types 1 et 2 au Canada a entraîné Angie à chercher des solutions de rechange au Canada, ou encore à recevoir des médicaments envoyés de Chine. Angie a aussi consommé de nouveaux médicaments en vente libre, en réaction à l'attente à l'urgence qu'elle jugeait trop longue.

3.9 Shu Fei

C'est au métro Place-d'Armes que nous nous rencontrons. Nous faisons notre chemin vers le bureau de l'interprète en tentant d'entretenir la conversation. Celle-ci est toutefois limitée par une maîtrise rudimentaire de nos langues d'usage respectives. Nous

parvenons toutefois à établir un bon contact et la bonne humeur de Shu Fei me semble laisser présager d'une discussion fructueuse.

Shu Fei naît dans les années 1970 dans le sud de la Chine, où elle vivra jusqu'à son déménagement au Canada en 2010. Shu Fei affirme que l'absence de pollution de la campagne où elle vivait ainsi que le travail agricole auquel elle participait lui ont permis de vivre une enfance en très bonne santé. Un revers de fortune dans sa famille a toutefois poussé Shu Fei à terminer l'école secondaire plus tôt qu'elle ne le souhaitait afin de poursuivre des études professionnelles menant à son insertion dans le marché du travail. Elle trouve alors un emploi dans une usine de produits pharmaceutiques à proximité de son lieu de résidence. Les quarts de travail étaient difficiles à supporter. En alternant entre les quarts de soirs, de nuits et de jours, il était difficile d'avoir assez de sommeil. Shu Fei a trouvé particulièrement difficile la période où elle s'est mariée et qu'elle devait accomplir les tâches domestiques et s'occuper de son enfant tout en travaillant. Le manque de sommeil, combiné au manque d'eau, précise-t-elle, auraient eu comme effet de laisser des taches sur son visage :

« it's actually a sign of if I take more rest and drink enough water, and enough rest, would not have this kind of spot.

Question: ok. Water and rest (je prends en note) How would water work on that?

Shu Fei: (petit rire) a lot of Canadian ask us 'why the Chinese people like to drink so much water?' (rire) because actually the older generation told us that water can help us to dissolve or to evacuate some of like the toxic or harmful things in our body ».

Les tâches dont Shu Fei s'acquittait ont beaucoup varié au cours des vingt années qu'elle a passées au sein de la compagnie. Une de celles-ci demandait une exposition à un produit stérilisant, le formaldéhyde. Le formaldéhyde est extrêmement toxique et Shu Fei raconte qu'elle a développé des allergies à la suite de son exposition, notamment une irritation des yeux, du nez et de la gorge. Ses yeux sont particulièrement irrités et

douloureux. En consultation, le médecin a confirmé qu'il s'agissait d'un effet secondaire lié à l'exposition au formaldéhyde et que seul le temps pourra améliorer cette condition.

Depuis qu'elle est arrivée au Canada, Shu Fei a souffert de la grippe. Ses symptômes étaient un mal de gorge, un nez qui coule et une toux persistante. Shu Fei a tenté d'apaiser son mal de gorge de deux manières, avec le *Nin Jiom Pei Pa Koa*© et avec le *yòu zi chá*. Le *Nin Jiom Pei Pa Koa*© est un sirop pour la toux pas très sucré qu'il est possible de se procurer dans les épiceries chinoises. En plus de ce sirop, Shu Fei a consommé du *yòu zi chá*, une préparation coréenne riche en vitamine C, à bases d'agrumes et de miel qui doit être mélangée à de l'eau chaude. Cette préparation se serait avérée très efficace contre le mal de gorge : Shu Fei mentionne que le *yòu zi chá* est aussi efficace pour soulager la gorge sèche et les inconforts liés à un estomac trop plein ou à des flatulences. Shu Fei semble aussi avoir consommé des pastilles :

« I had sore throat and it was like a knife cutting my throat, that painful, and I just went to Jean Coutu to ask them whether they can give me some medication (...) they gave me, it's not really medication, but just to release a little bit (...) 1 pill lasts for 2 hours, because I was coughing a lot, a lot, so after taking that pill, it was less itchy with the throat (rire) »

Question: it was a pill that you swallow?

Shu Fei: no, just put into the mouth it melt (...) it's blue and white the box, it's like candy, this size (elle forme la taille d'un 10 sous avec ses doigts) there's 12 in the box ».

Cette grippe lui avait laissé, un mois durant, une toux persistante qui l'empêchait même de parler. Incommodée, Shu Fei a décidé de consulter une clinique située dans le quartier chinois de Montréal. Le médecin lui a prescrit un sirop contre la toux que Shu Fei a trouvé, là encore, très efficace. Un des symptômes qu'a ressenti Shu Fei pendant cet épisode de grippe fut l'écoulement nasal. Pour traiter ce symptôme, elle a recouru au *kè gǎn mǐn* : « *I took this kind of medication, I think it's maybe aspirin a kind of aspirin. So mostly that can only be taken for 3 days and 3 times per day (...) this is a western medication* ». Les comprimés de *kè gǎn mǐn*, vendus en Chine continentale, contiennent paracétamol,

aminophénazone, caféine et chlorphénamine maléate¹⁵. Shu Fei se garde de consommer le *kè gǎn mǐn* en même temps que d'autres médicaments occidentaux, craignant les interactions médicamenteuses néfastes :

« because this one (kè gǎn mǐn) I don't take with other west medication together. So it has to stop when the doctor prescribe me with other medication, but this one (le sirop) is ok.

Question: Why is it not ok this one? (kè gǎn mǐn)

Shu Fei: because they have the same effect, so you can't take them all together at the same time ».

Lorsqu'elle était atteinte de la grippe, Shu Fei a aussi acheté les ingrédients nécessaires pour se préparer une soupe. Elle utilise pour ce faire plusieurs combinaisons d'ingrédients, en alternance. Un jour, elle utilisera du ginseng et le lendemain des amandes et des légumes, par exemple.

Il y a plus de dix ans, Shu Fei a découvert qu'elle avait une tumeur bénigne au sein. Elle a subi une opération afin de la retirer. L'opération s'est très bien déroulée, selon elle. Elle a été anesthésiée, ensuite les chirurgiens ont seulement fait une petite incision et ont enlevé la tumeur, puis ont cousu trois ou quatre points de suture. Le tout n'aurait pris que dix minutes. La guérison fut rapide et Shu Fei n'a pas eu besoin de recourir à des médicaments. Elle se dit toutefois inquiète d'avoir eu cette tumeur, mais elle affirme avoir eu un examen médical avant de quitter la Chine et que tout était normal.

Shu Fei est mère d'une unique petite fille. En arrivant au Canada, elle et son mari désiraient avoir un deuxième enfant, puisqu'ils n'étaient plus soumis à la politique de l'enfant unique appliquée en Chine. Ils ont essayé pendant un an, sans résultat. Ils attribuent cet échec en partie à l'âge de Shu Fei, sans pour autant en être certains :

¹⁵ Le chlorphénamine maléate est utilisé comme antipyrétique et analgésique dans les cas de rhume, fièvre, maux de tête, névralgie et douleurs rhumatismales. Le paracétamol est aussi appelé acétaminophène, l'aminophénazone est un anti-inflammatoire et analgésique et la chlorphénamine est un antitussif et antihistaminique.

« Because in China I was unable to have a second child, now after I moved here I want to have a child, but I keep on trying for a years and still unsuccessful and my husband 'oh, maybe the machine is running old' (de sa main, elle fait un mouvement circulaire au dessus de son ventre en riant)

Question: did you consult a doctor for that?

Shu Fei: I saw the doctor in Carron, the clinic Carron, and they mention maybe after 40 years-old it's more difficult (pause) a lot of people, they easily to get pregnant, like of the age, but I seems like I was in good shape, very strong (petit rire)

Question: so why do you think it's difficult?

Shu Fei: I don't know why ».

Shu Fei semble par ailleurs préoccupée par les changements qui s'opèrent au niveau de sa santé depuis quelques années :

« I just like (incompréhensible) on the internet that after 40 years-old, you have to, there are some changes in our health, like for example, I noticed that before when I was young, when I have period, the color is of the blood is very bright and now, for the first day, at the first day second day the color is more dark, and starting from the second or third day it's becoming bright, the color of the blood.

Question: hum, do you know why?

Shu Fei: no (pause) I don't know whether it's, it has some effect on my ability to be parent (...) Actually I feel like I'm not 40 years-old, it seems that my energy reduce a lot, I don't know whether because I'm fat (elle rit en agrippant sa cuisse de ses deux mains) and it seems like I easily feel tired and I cannot respond quickly, like a very old lady ».

Shu Fei semble préoccupée par des changements de santé qu'elle attribue à l'âge. Selon son interprétation, le vieillissement, d'une part, réduirait sa fertilité et, d'autre part, entraînerait une diminution générale des fonctions cérébrales. Shu Fei nous donne aussi une interprétation pragmatique de ce manque d'énergie, relativement à son rythme de vie :

« Shu Fei: maybe after I emigrate, take care of my child, like the study, and maybe too many things to cope with and I feel I tire very easily, get headache and get tired very easily.

Question: What do you do when that happens?

Shu Fei: nothing can be changed. Even I'm tired, every day I have to go to school, after that I do household work and I have to help my child for homework, and then after that I also have to study my homework ».

Les devoirs auxquels fait référence Shu Fei concernent son apprentissage du Français. Les réalités d'adaptation à une nouvelle vie au Canada sont évidentes dans cette citation. On y voit le stress et la fatigue comme une perturbation de la santé qui ne fait d'ailleurs l'objet d'aucun recours. On observe au contraire une pluralité de recours très intéressante dans les itinéraires thérapeutiques de Shu Fei. Elle puise entre autres dans ses connaissances de MCT et dans les ressources offertes par le réseau formel de la santé. C'est une très grande diversité de recours médicamenteux et thérapeutiques que nous démontre Shu Fei avec son récit.

Ce chapitre nous a offert une vision privilégiée de la consommation de médicaments, et plus largement de recours aux soins des neuf femmes chinoises vivant à Montréal que nous avons rencontrées. Bien que chaque récit soit unique, il est possible d'en tirer quelques conclusions générales. C'est tout d'abord la diversité des expériences de santé qui ressort, des expériences marquées par la migration et l'adaptation au Canada (notamment l'apparition de maux liés au climat chez Karen et Wen Ling et aux nouvelles activités professionnelles de Hui Fang et Hong Zhen), mais aussi par des temps forts tels que la maternité (dans le cas de Karen, Wen Ling et Lian) ou de périodes de stress (tel que vu chez Karen, Wen Ling, Jiao Jie, Angie et Shu Fei). On remarque aussi diverses façons de gérer les problèmes de santé, qui se modifient en outre avec la migration et l'installation. Les causes de changement semblent surtout liées à l'entrée dans le réseau de soins formel québécois, qui n'intègre pas, au contraire de la Chine selon nos informatrices, les MCT de

façon officielle. Celles qui ont choisi de consulter des professionnels des MCT ont donc dû le faire en dehors du réseau formel. Alors que certaines informatrices ne voyaient pas d'inconvénient à recourir à des services offerts en dehors du réseau formel, pour d'autres cela impliquait une perte de légitimité des soins. Elles préféraient dans ce cas les éviter. La migration, plus précisément l'installation au Canada, a aussi donné lieu à de nouvelles pratiques au niveau des MAC, notamment la naturopathie, la chiropraxie et la physiothérapie. Un autre changement majeur de recours thérapeutique est lié à la disponibilité des médicaments. Lorsqu'un médicament souhaité était introuvable, les répondantes choisissaient soit de s'abstenir de le consommer, ou elle le faisait venir de la Chine par envoi postal ou en rapportant lors d'un voyage. Il serait faux de penser que la migration n'a vu que des ruptures dans le recours aux soins et aux médicaments. Nous avons en effet été témoins d'une continuité importante dont la tendance clé est le pluralisme thérapeutique évident, en Chine comme au Canada. Les observations que nous avons pu faire de cette continuité touchent les médicaments issus de la biomédecine et des MCT, mais aussi des médecines alternatives complémentaires (MAC) comme la chiropratique, l'acupuncture et la massothérapie. Possédant maintenant un portrait de la consommation médicamenteuse des femmes avec lesquelles nous avons discuté, il sera plus aisé de décomposer, au chapitre suivant, les parcours biographiques afin de dégager certaines logiques qui transcendent l'usage de médicaments et de recours aux soins de santé, soit les représentations de la santé et des médicaments, les expériences de santé et les stratégies d'accessibilité aux ressources médicamenteuses et thérapeutiques.

Chapitre 4 : Quelques logiques du recours aux médicaments

La reconstruction des itinéraires thérapeutiques présentés au chapitre 3 a permis de replacer des pratiques de consommation médicamenteuse et de pluralisme thérapeutique en contexte de vie. Il est maintenant question de mettre en commun ces pratiques afin de dégager les logiques qui les sous-tendent permettant ainsi d'en étudier la complexité et la variabilité au-delà des biographies individuelles. Les logiques communes qui ont émergé de l'analyse de nos données touchent (1) le poids des représentations de la bonne et de la mauvaise santé (2) ainsi que des médicaments, mais aussi (3) l'impact d'expériences de maladies spécifiques, dans les contextes pré et post-migratoires (4) l'accessibilité aux services de soins et aux médicaments.

4.1 Représentations de la santé

Plusieurs chercheurs affirment l'importance d'étudier les représentations de la santé afin de comprendre les comportements de santé. En 2001, l'anthropologue Sylvie Fainzang déclarait que

« la dimension culturelle implique la marque des valeurs et des représentations véhiculées par l'appartenance ou par l'origine religieuse, que cette marque imprime les comportements de façon inconsciente, et que cette imprégnation se lit à divers niveaux, notamment au niveau du rapport au corps, à la maladie et au médecin, et dont l'usage de l'ordonnance et des médicaments sert de révélateur » (Fainzang 2001b, 12).

Ainsi, les perceptions quant aux causes de la bonne et mauvaise santé ainsi qu'aux médicaments, compris comme la réponse donnée aux problèmes de santé, sont

indispensables à une compréhension des stratégies de recours aux médicaments (Collin 2002, 144; Wade, Chao, et Kronenberg 2007, 256).

Plusieurs explications nous ont été fournies par les femmes chinoises rencontrées au sujet des causes de leur bonne et mauvaise santé. Certaines perceptions ont prédominé et il a été possible de les regrouper en cinq thèmes : la nutrition, l'environnement, les expériences professionnelles, l'âge et l'harmonie générale du *qi*. Les prochains paragraphes s'attacheront à présenter ces thèmes.

Les habitudes alimentaires sont associées à différents maux par nos répondantes. Six d'entre elles ont évoqué la nutrition comme source d'un ou plusieurs problèmes de santé. Dans trois cas, l'accent était mis sur l'irrégularité de la prise des repas, qui génère des douleurs au système digestif. Wen Ling nous donne un exemple très concret de cette explication en affirmant que l'irrégularité des repas a affaibli son estomac : « *je mange jamais à temps, c'est comme je prends un repas par jour, pis finalement j'ai comme un très faible estomac. Pis maintenant c'est comme si je mange pas à temps, ça va faire mal, et ça va faire très mal (elle rit doucement)* ». L'importance d'atteindre un équilibre entre les fruits et légumes et la viande a été soulevée par quatre répondantes et trois d'entre elles considèrent qu'il y a un manque de produits laitiers dans le régime alimentaire chinois. Bien que ces dernières disent avoir intégré fromage et yogourt à leur alimentation sans trop de difficulté, le lait leur est problématique parce qu'il provoque des douleurs digestives. Un supplément de calcium était alors pris en combinaison ou en remplacement afin de réduire des douleurs articulaires ou des crampes. L'alimentation possède un statut double puisqu'il est à la fois cause et remède (Prior, Chun, et Huat 2000, 827). Plusieurs études ont en effet trouvé qu'il était commun, parmi les immigrants chinois, d'utiliser les connaissances des aliments afin de préparer des repas qui contribuent à une meilleure santé (Green et al. 2006, 1503; Gervais et Jovchelovitch 1998a; Guo 2000). Nos entretiens nous ont donné des résultats semblables. En effet, rétablir des habitudes alimentaires jugées adéquates est le premier geste posé dans la quête de rétablissement des maux engendrés par la nutrition.

D'autre part, on observe que ce sont les médicaments issus de la pharmacopée chinoise, sous forme brute (type 1) ou manufacturée (type 2) ainsi que les minéraux (type 3), tous trois jugés plus naturels (Blanc et Monnais 2007, 14) et donc probablement plus près de l'alimentation, qui sont utilisés pour gérer les douleurs causées par un déséquilibre alimentaire. Au-delà des traitements de symptômes spécifiques comme des douleurs articulaires ou digestives, l'alimentation chinoise sert à rééquilibrer le système de façon beaucoup plus générale. Il n'y aurait finalement pas de distinction franche entre les médicaments et l'alimentation (Guo 2000, 123; Green et al. 2006, 1503). Shu Fei résume ainsi ce concept : « *In Chinese we say, we have a term it's called 'yī shí tóng yuán'. 'Yī' is like treatment, 'shí' is like 'food' and 'tóng yuán' means 'same source'* ». L'anthropologue médicale Nina L. Etkin affirme d'ailleurs que « *dans la médecine chinoise, probablement plus que dans toutes les autres, le régime alimentaire est inextricablement lié à la fois aux dimensions préventive et thérapeutique des soins médicaux* » (Etkin 1988, 316, notre traduction).

Le climat (température et ambiance atmosphérique, saisons et chauffage) ainsi que la pollution de l'air, regroupés ici sous le thème « environnement », a spontanément été évoqué par sept des neuf participantes. Cette proportion élevée trouve résonance dans l'étude de Prior et al. (2000, 827) et de Clarkson et Tran (1997), dans laquelle les répondants identifiaient les saisons et le climat ainsi que la qualité de l'air comme des éléments qui influencent la santé. Deux répondantes ont affirmé que le changement de saisons est un moment propice aux troubles de santé pour elles. Pour Jiao Jie, il s'agit de troubles généraux, mais Angie fait spécifiquement référence à l'apparition de feux sauvages. Wen Ling aussi associe la saison d'hiver à une maladie de la peau, l'eczéma. Selon elle, l'hiver et le chauffage sont responsables des poussées d'inflammation. Alors qu'il est clair pour Angie qu'un climat froid et humide est responsable de ses allergies, Karen ne fait que noter l'apparition de symptômes pendant l'hiver. Selon son interprétation, l'environnement non pollué du Canada serait à blâmer pour l'apparition soudaine de ses allergies :

« In China we have pollutes environment so actually it build up up build up up your immune system, so we come here the environment is very clean everything is very clean immune system is better stronger than other people, that's why you don't get sick so, but when when when the time pass by (incompréhensible) the lower than (incompréhensible) people as local people right now so that's why 8 years after most of my my friends after 5 years they getting sick and I see allergies. No one get allergy in China, telling you! (rire) that's we don't even know what's allergy is. When I start getting allergy it was so (pause) funny like (expression exagérée d'interrogation) that's because we're we're we're the immune system deteriorate during the years stay in this hum non pollute environment, more like better environment ».

Les allergies de Karen se sont manifestées pour la première fois en hiver, quelques années après son arrivée au Canada. Elle identifie clairement avoir acquis cette pathologie au Canada. Une association est faite entre l'environnement et le système immunitaire : la pollution contribuerait à rendre le système immunitaire plus fort et donc plus apte à combattre les allergies. Toutes ne sont cependant pas d'accord quant au rôle (positif ou négatif) de la pollution sur la santé. Deux participantes sont d'avis que la pollution de l'air ainsi que les contaminants chimiques et nucléaires sont responsables notamment d'une dégradation de l'état de santé en général, et plus spécifiquement de troubles aux yeux et de cancer (voir Prior et al. 2000, 827 pour des résultats similaires).

Les expériences professionnelles ou scolaires, soit le stress, les douleurs causées par l'adoption d'une posture de travail et les accidents de travail ont été rapportés par six répondantes comme une cause de mauvaise santé. Le stress des études et du travail, associé à un climat compétitif et un rythme de vie effréné, a été mis en cause dans quatre des cas. Les quatre femmes ont affirmé ressentir des symptômes physiques liés au stress, surtout des maux de ventre, de tête et même l'apparition d'une tumeur au sein. Jiao Jie nous livre une réflexion plus générale sur l'effet nuisible de la compétition et du stress en Chine sur la santé mentale :

« I'm thinking that the physical health is like the basics, the the like the pyramid, the basics. But when we are concerned about the real health, it is mental health. You have some people think they're health, but they're not. They're always in a kind of hum (claquement de langue) in a kind of

situation which is not good for them and actually will end in (pause) very bad (...) So you need outlet. Sometimes it is because you have too much hum in your heart and there's no outlet. So hum psychotherapist, a counselor may help, but hum (pause) I don't know the quality, because in China we are in bad need of those psychotherapist, yes. So they have to let the person be healthful (inaudible) in their mental health (...) That is why I'm thinking the physical health is ok, maybe it harms you, but it's not that bad, but the mental, it is very long term work ».

Les mêmes femmes disent par ailleurs avoir développé des douleurs causées par l'adoption prolongée d'une mauvaise posture lors de l'accomplissement de leurs tâches scolaires ou professionnelles. Ces douleurs ont donné lieu à des recours thérapeutiques précis : les thérapies manuelles (acupuncture, massothérapie, physiothérapie, naturopathie, chiropraxie) et l'application de chaleur (sac magique, écharpe et bouillotte, friction, eau chaude). Les accidents de travail ont touché deux de nos informatrices, Hong Zhen et Hui Fang. Ces accidents ont eu un impact majeur sur la santé et la vie de ces femmes. Nous associons ces deux accidents à l'expérience migratoire puisque Hong Zhen et Hui Fang ont dû réorienter leur carrière en arrivant au Canada. Ces accidents, nous l'avons vu dans les profils, sont des expériences qui s'étirent dans le temps. Ils ont marqué pour Hong Zhen et Hui Fang un changement de vie majeur, puisque toutes deux ont dû cesser de travailler suite à leur blessure. Les accidents ont aussi engendré des recours thérapeutiques des plus divers (consommation de médicaments de plusieurs types et consultations auprès de praticiens de MAC, de médecins généralistes et spécialistes).

Cinq des femmes avec qui nous avons discuté ont sinon mentionné l'âge ou plutôt l'avancée en âge comme facteur de mauvaise santé. Dans une enquête ethnographique sur les migrants chinois âgés de New York, Zibin Guo rapporte que *shěng, lǎo, bìng, sǐ* (naissance, vieillesse, maladie, mort), est un dicton populaire auprès de plusieurs Chinois qui croient que ces quatre étapes font partie du déroulement normal de la vie (Guo 2000, 93-94). Les perceptions de l'impact de l'âge sur la santé diffèrent chez nos répondantes. C'est chez celles âgées de 29 ans qu'elles sont le plus divergentes : alors que pour Lian, 29 ans est un âge où on ne vit pas beaucoup de problèmes de santé, 23 ou 25 ans est identifié par Angie comme le moment où les problèmes de santé commencent à survenir. Les trois

autres femmes, âgées respectivement de 38, 39 et 40 ans, n'ont pas de doute sur les changements perçus dans leur santé. Deux d'entre elles attribuent leurs douleurs à l'ossature à leur âge, et la troisième dit se sentir plus fatiguée et soupçonne son âge d'être la cause de sa difficulté à devenir mère. Il est commun (et d'ailleurs loin d'être exclusif aux migrants chinois) de considérer l'âge comme un facteur de diminution de la bonne santé (Ma 1999, 428).

Finalement, tout comme les informateurs de l'étude de Gervais et Jovchelovitch (Gervais et Jovchelovitch 1998a, 31-34), l'importance de l'harmonie générale, liée à l'équilibre du *qi*, a été rapportée par trois participantes. Pour Jiao Jie, l'harmonie semble passer par l'absence d'excès d'émotions :

« I also get some suggestion from the doctor that I have to be hum (pause) to not go to the extremes for my in my hum not too happy, not too sad, not too angry, just to keep calm. So that helps you to it helps your body to function well. So the extreme emotion is bad for you so that is, so that is why when I feel that I'm not in control, I will go to visit my doctor my acupuncturist and to tell her to do something (petit rire) yes ».

Un déséquilibre semble être à la fois cause et symptôme d'un mal fonctionnement des organes. Jiao Jie affirme ressentir une sensation de déséquilibre et savoir qu'elle perd son harmonie lorsqu'elle se fâche inutilement à la maison. Mentionnant que le siège des émotions est le foie, elle sait que c'est l'organe qui devrait peut-être être ciblé lors du traitement :

« it's better to prevent (pause) before it comes. So sometimes, when I feel that it's time (elle étire le mot "feel"), it is it is very complicated theory I don't know if you know our traditional Chinese medicine, it is very interesting. So you when feel (elle étire le mot "feel") that your body is losing balance it's a kind of feeling, so you want to do something and to regain harmony in your body. So sometimes even if there's nothing there's nothing happening to me, still I (petit rire) I will here in Montreal I have very good punctur punctur trice? (elle termine le mot en français) (...)

Question: you said also that when you feel it's time, you go see her (l'acupunctrice). Could you describe how you feel that it's time?

Jiao Jie: Like sometimes hum (pause) in my house, I will lose temper with my son because he wouldn't listen to me and actually, I'm not like that so sometimes I feel 'why do I feel so angry?' I cannot control myself I know that maybe it's time that I do something to make my this this more psychological things, it's not health. When I think 'why I lose temper this time?' maybe there's something in my body which is we have this kind of theory that the liver in your body is in charge of your temper. So maybe something's wrong with my liver. I go there and I want her to (pause, elle place ses doigts à l'intérieur de son poignet opposé, puis rit) you know the Chinese medicine they feel the pulses. From that, they will judge your organs. And she would say they would say which one is malfunctionning and then she will do something. But actually it's very slow. Once it's not enough. So everytime I go there it's hum (pause) at least a month, once every week for four five times. And it works. I will regain my harmony ».

L'harmonie se caractériserait entre autres par un équilibre du yīn et du yáng. Le résultat de l'équilibre de ces deux forces est la bonne santé, alors que leur déséquilibre entraîne l'apparition de maladie, notamment du rhume, nous indique une informatrice, explication d'ailleurs en concordance avec le concept d'harmonie en MCT (Liu 1988, 15). Une répondante consulte l'acupuncteur lorsqu'elle désire retrouver son équilibre et les deux autres consomment des médicaments de type 1 sous forme de soupe. Questionnée sur l'origine de sa connaissance des soupes en tant que remèdes, Shu Fei nous répond :

« I follow my mother's advice, learn from mother! (rire) (...) in Chinese we have the soup that give cool down effect, the other soup raise (l'interprète hésite, puis finit par dire 'ce n'est pas vraiment augmenter la température') well because in the herbal medication theory there will be the side of cooling down and then heating up the body, but it's not what it means heating the body, is not heating your temperature, it's like yīn and yáng, hot is the opposite side of cooling down, so maybe the hot side is talking about like more circulation of the blood, or heating up the circulation of the blood (...)

Question: and how do you know that you have to do this? (...)

Shu Fei: ok, so if the tongue, you can look at your tongue, if the tongue is yellow or dark (elle tire la langue et la pointe avec son index) so if you see the tongue the color is yellow or brown and if even worse would be even a little bit dark, that would that is you are on the yáng side, you're a little bit too hot, but if it is white, then you're on the cool side. And then if you look at the lips, you have, if it's too red you're on the hot side, and if you're

coughing and the phlegm is white, then you are on the cold cold side. If the phlegm is yellow then you are on the hot side (pause) if you eat too much like the stir-fried, the fried food then you will be on the hot side ».

Ainsi, en portant attention à ses symptômes, elle peut se diagnostiquer et se soigner elle-même : Shu Fei identifie un déséquilibre à prédominance *yīn* ou *yáng* et utilise des aliments à prédominance opposée afin de rétablir l'équilibre. Il semblerait que dans ce cas-ci, le *yīn* et le *yáng* soient représentés surtout par le froid et la chaleur.

La nutrition, l'environnement, les expériences professionnelles et scolaires, l'âge et l'harmonie ont été mentionnés par nos répondantes comme facteurs ayant un impact direct sur la santé. Malgré le fait que certains points, notamment les concepts de *yīn* et de *yáng*, soient probablement plus répandus chez les personnes d'origine chinoise, on ne peut dire que les autres thèmes leur soient exclusifs. Plusieurs catégories de gens, indépendamment de leur âge, valeurs culturelles, pays d'origine ou de genre, partagent l'opinion de nos répondantes chinoises quant à l'influence de la nutrition (Wilkinson et Marmot 2004, 33-34), de l'environnement (Contandriopoulos 1999, 180; Ferland et Paquet 1994, 53), du stress (Solar et Irwin 2010, 6; Wilkinson et Marmot 2004) et de l'âge (Cardinal et al. 2008) sur la santé.

4.2 Représentations des médicaments

Les médicaments sont aussi l'objet de représentations multiples et changeantes. Ayant identifié tous les médicaments mentionnés dans les entretiens, il a été possible de les classer *a posteriori* selon la typologie développée par Blanc et Monnaie (2007) pour l'étude de la consommation de médicaments chez les Vietnamiens de Montréal. La liste qualitative des médicaments retenue par Monnaie et Blanc se répartit en cinq types : (1) les produits traditionnels non manufacturés, qui rassemblent des produits de la pharmacopée chinoise traditionnelle, notamment des plantes vendues entières, fraîches ou séchées (2) les produits

« néo-traditionnels » issus de la pharmacopée chinoise et manufacturés, sur le modèle « industrie pharmaceutique occidentale » (Van der Geest et Whyte 1989) (3) les PSN « occidentaux », c'est-à-dire des produits de santé naturels « *non issus des pharmacopées vietnamienne ou chinoise, manufacturés et en vente libre. Cette catégorie inclut des substances tels l'échinacée ou l'ail, ainsi que des vitamines, des minéraux, oligo-éléments, et des produits homéopathiques* » (Blanc et Monnaï 2007, 10) (4) les médicaments en vente libre ou *over the counter* (OTC), qui sont « *généralement non-prescrits et constituant des médicaments de consommation courante (maux de tête, toux, rhume, fièvre, acidité gastrique, etc.)* » (Blanc et Monnaï 2007, 10), ainsi que (5) les médicaments obtenus sur prescription, qui incluent généralement « *des anti-biotiques, anti-hypertenseurs, anti-cholestérol, anti-inflammatoires et hormones* » (Blanc et Monnaï 2007, 10).

Ce découpage typologique permet de regrouper les représentations des médicaments autour de caractéristiques communes, dont l'appartenance aux MCT pour les types 1 et 2 et à la biomédecine pour les types 3-4-5. Ces deux catégories, bien que pouvant paraître au premier abord arbitraires, mettent cependant l'accent sur une dichotomie reconnue dans la littérature (Blanc et Monnaï 2007, 11; Lai et Chappell 2007; Gervais et Jovchelovitch 1998a; Green et al. 2006; Lam 2001; Ma 1999; Wade, Chao, et Kronenberg 2007), mais surtout par nos informatrices elles-mêmes. Les perceptions des médicaments ainsi découpées permettront en outre une lecture plus aisée des expériences de la maladie, présentées à la prochaine section, et aux recours médicamenteux qu'elles engendrent.

Quatre femmes sur neuf nous ont exposé leur vision des médicaments issus des MCT (types 1 et 2). Certains aspects ont fait l'objet de mentions répétées dans plusieurs entrevues. Les médicaments à base de plantes, qui ne sont d'ailleurs pas toujours identifiés comme des médicaments à proprement parler par nos répondantes, sont néanmoins toujours perçus comme naturels. L'étude de Wade et ses collègues sur le pluralisme médical de femmes chinoises aux États-Unis a aussi relevé cette perception (Wade, Chao, et Kronenberg 2007, 260). Une association très claire est en outre systématiquement faite entre ce qui est « naturel » et ce qui est « bon pour soi ». Dans le même ordre d'idée, nos répondantes, comme celles de Lam (Lam 2001, 764), nous ont dit apprécier l'absence

d'effets secondaires indésirables des médicaments issus des MCT. Elles semblent établir un lien direct entre l'aspect naturel de ces médicaments et leur absence de toxicité. La capacité des médicaments de types 1 et 2 à traiter le corps de façon globale a aussi été relevée par nos informatrices. Ces résultats correspondent d'ailleurs aux données produites par Green et al. (2006, 1504) et Lam (2001, 763). Par exemple, Wen Ling a utilisé des herbes à boire en décoction lorsqu'elle croyait que la cause de son problème de santé était « un système global faible ».

Trois de ces quatre informatrices ont cependant souligné leur difficulté à adhérer à un traitement de type 1 à cause notamment du goût amer, de l'odeur incommodante ainsi que de la préparation trop longue :

« les herbes c'est comme des des des milliers d'herbes dans un médicament dans un ensemble de médicaments. Ça goûte très très amer pis ça a jamais duré longtemps pour moi, parce qu'il faut en prendre genre 1 mois ou 2 mois, mais moi ça dure 1 semaine, 2 semaines, c'est comme c'est assez (en riant) je peux pas continuer (elle rit) (...) C'est comme c'est trop dur (elle rit) (...) c'est dur, parce que c'est pas comme un médicament occidental ici, y' a pas vraiment d'odeur, mais le médicament traditionnel chinois, c'est très très euh (hésitation, elle rit) ça goûte tellement fort (elle rit) pour continuer (...) la préparation aussi c'est long, ça prend peut-être quelques heures pour préparer un bol ou deux bols, c'est pénible pour les parents aussi. Je pense que j'ai fait 2 fois, mais j'ai jamais continué (elle rit) ».

Le goût, l'odeur, mais surtout la préparation gourmande en temps se retrouvent aussi dans la littérature (Lam 2001, 764 ; Van der Geest et Whyte 1989, 350). Or, s'engager dans une préparation chronophage des médicaments est incompatible avec un style de vie de plus en plus chargé où le temps est précieux (Sussman 1988, 208-209 dans Van der Geest et Whyte 1989, 350; Vuckovic 1999). En même temps, bien que ces femmes trouvent la préparation trop longue, Jiao Jie note que se rendre chez l'acupuncteur et consommer les médicaments donnés par celui-ci (type 1) est tout de même plus rapide et fiable que d'appeler le 9-1-1 ou de consulter un médecin de famille :

« if there is some hum disease like I'm coughing or I'm having high fever, one herb one herbal medicine is enough, 1 or 2, yes. It's very quick, sometimes, even my son, I don't take hum to the family doctor (rire), I just

take him to her and last year, my son had high fever 40 degrees for 1 or 2 days. And here, if you go to the doctor, they will say wait until 5 days and 5 days later come again. But you have to wait 5 days of high temperature, fever, so I don't want to do that. I take my son to acupuncturist and she prescribes I think just 1 or 2 herbal medicine, and after taking that he's fine, he's fine ».

Clarkson et Tran (1997, 9) ont recueilli un témoignage similaire, dans lequel un homme confiait que les « médicaments chinois » étaient plus « commodes » que de se rendre à l'hôpital où il devait attendre très longtemps. C'est donc à une évaluation coût-bénéfice que renvoie cette logique de recherche de soins : ici on recherche en priorité l'efficacité et la rapidité en vue de la guérison (Fassin 1992, 115). Ainsi ce cas-ci, le médicament, quelque soit son type, est préféré au système de soins formels. L'état actuel du système de santé québécois n'est pas étranger à cette logique sur les stratégies d'accessibilité aux soins. On peut par ailleurs supposer que les médicaments de type 2, souvent issus de la pharmacopée chinoise, mais manufacturés sur le modèle « industrie pharmaceutique », offrent un avantage en éliminant l'aspect chronophage des médicaments de type 1. Le manque d'information sur le type 3 ne nous a pas permis d'élaborer sur les perceptions les concernant spécifiquement, mais il serait intéressant de développer sur son statut ambivalent, c'est-à-dire partageant des caractéristiques des catégories occidentales et des MCT. Les médicaments de type 3 combinent par exemple un aspect apprécié de chaque forme (MCT et biomédicale) : ils sont perçus à la fois comme pratiques par leur forme pratique et prête à l'utilisation, caractéristique plus souvent associée aux types occidentaux (Van der Geest et Whyte 1989, 350) et comme naturels¹⁶, aspect généralement réservé aux MCT par nos informatrices.

Les perceptions qu'il a été possible de dégager sur les médicaments occidentaux (types 3-4-5) sont dans plusieurs cas en opposition avec celles sur les médicaments traditionnels (types 1-2). Alors que les types 1-2 sont considérés naturels, les types 4-5 sont perçus comme chimiques et provoquant des effets indésirables. Comme Wen Ling l'illustre

¹⁶ Comme l'indique d'ailleurs le nom « produits de santé naturels »

bien avec les paroles qui suivent, il s'agit parfois de la peur des effets secondaires des médicaments de type 4 et 5 :

« C'est comme c'est comme je déteste comme l'effet secondaire. J'ai toujours le doute, une hésitation pour ça.

Question : Qu'est-ce que ça vous fait comme effets secondaires ?

Wen Lin : Je sais pas.

Question : non?

Wen Ling : (elle rit) non, non je veux dire parce que je le médicament ça dit toujours effets secondaires comme diarrhée tout ça tout ça pis (pause) (...) ça peut jamais arriver mais juste j'aime pas ça (en riant) ».

L'association entre médicaments occidentaux et effets secondaires indésirables est commune chez les populations chinoises (Guo 2000, 125; Lam 2001, 762, 764; Ma 1999, 432). On le perçoit comme chimique et nuisible au corps, plus précisément aux organes. Wen Ling, Lian et Angie, nos trois répondantes les plus jeunes affirment d'ailleurs préférer éviter l'usage de médicaments dans la mesure du possible. Cette constatation fait écho aux résultats de Hansen et de son équipe (Hansen, Holstein, et Hansen 2009), qui avaient démontré que les jeunes filles danoises préfèrent s'abstenir de consommer des médicaments à cause du risque de perturbation de l'ordre naturel du corps et à cause de leur peur des effets secondaires (Hansen, Holstein, et Hansen 2009, 832-833). En même temps, comme l'a démontré Etkin, la présence d'effets secondaires est pour certains un gage d'efficacité, entendue ici comme « activité thérapeutique » de la substance (Blanc et Monnais 2007, 13; Chang et al. 2008; Gervais et Jovchelovitch 1998b, 721; Green et al. 2006, 1501; Ma 1999, 435; Prior, Chun, et Huat 2000, 824; Wade, Chao, et Kronenberg 2007, 256).

Alors que les médicaments issus des MCT sont considérés aptes à promouvoir la bonne santé globale en rétablissant l'harmonie interne, le médicament occidental est lui perçu comme efficace pour traiter les symptômes et la maladie ciblés, mais se limitant à

ceux-ci Ceci est aussi en opposition avec la dimension holistique des médicaments traditionnels, mentionné à la section précédente :

« I believe in our traditionnal Chinese medicine very strongly so I prefer taking the herbs rather than the medicines themselves. So actually, when I feel bad, I always go to the traditionnal Chinese medicine first. When it doesn't work (petit rire) I will switch to western (...) I prefer (Chinese medicine) because it is supposed to be less hum (pause) side effect, yeah, so hum (pause) maybe, I don't know, it is slow because traditionnal Chinese it treats the whole body, it doesn't treat one disease, it let you gain the balance of hum positive part(...)So, there are also some very good western medicine which can treat the the symptoms very effectively, but I think hum maybe it only treat the the the treat the disease itself, it doesn't treat the whole body ».

On remarque aussi dans cette citation de Jiao Jie que, devant l'inefficacité des MCT qu'elle aura essayées en premier lieu, elle se tournerait vers des moyens « occidentaux ». Plusieurs études ont aussi conclu que les médicaments occidentaux étaient préférés par les migrants chinois lorsqu'il s'agissait de cibler des symptômes spécifiques ou encore pour des troubles jugés graves (Ma 1999, 435; Wade, Chao, et Kronenberg 2007, 256; Gervais et Jovchelovitch 1998b, 721; Prior, Chun, et Huat 2000, 824; Chang et al. 2008; Green et al. 2006, 1501). C'est aussi le cas d'Angie, qui nous dit :

« it's very serious pain or serious flu and cold, I will take western medicine, but if like it's just like cold you know or cough 1 or 3 days, not serious, I will just take natural, like I'll just drink hot water with lemon, with some honey and I'll just drink a lot a lot of water and sleep, and I'll get better.

Question: how do you know that it's serious enough that you need pills?

Angie: hum like (pause) if I cough a lot maybe a night I couldn't sleep like or 1 night or 2 nights, I think that's serious, yeah, because you can't get rest for your body and I think if you don't get enough rest, your body will not recover by himself. The immune system is not strong enough. I don't know if it's true or not, but it's my theory (rire) ».

On observe d'ailleurs dans ces extraits que les traitements suivent l'évolution de la maladie. C'est aussi le cas d'autres répondantes qui tenteront en premier lieu de soigner un problème qui provoque des symptômes jugés « non sérieux » avec des remèdes considérés

naturels (selon nos entretiens, issus des MCT) et si les symptômes persistent ou menacent de s'aggraver, se tourneront vers des médicaments plus « forts », ou consultent un médecin afin d'obtenir un médicament sur ordonnance (Blanc et Monnais 2007, 11).

Ce qui ressort des représentations des médicaments de nos répondantes est une dichotomie construite entre médicaments traditionnels (les types 1-2, issus des MCT) et des médicaments occidentaux (les types 3-4-5) : le premier est naturel et le deuxième est chimique et induit des effets secondaires indésirables. On remarque aussi une complémentarité : le premier traite le corps en entier et est préféré pour des maladies ou symptômes bénins alors que le deuxième cible spécifiquement des symptômes et s'attaque à des conditions jugées plus sérieuses. Cette complémentarité s'illustre aussi dans la succession des remèdes qui a été observée chez certaines participantes dans le traitement d'une même condition : les premiers symptômes, s'ils sont perçus comme légers, seront traités avec des médicaments traditionnels, puis s'ils s'aggravent avec des médicaments occidentaux.

Soulignons que les représentations dégagées de nos entretiens et appuyées par la littérature sont partagées par nombre d'individus d'origine autre que chinoise. L'idée que les médicaments issus des MCT provoquent moins d'effets secondaires et le fait qu'ils soient appréciés pour leur action holiste sont en effet communs à plusieurs non-Chinois (Barnes 1998, 420; Hare 1993, 30; Quan et al. 2008, 1567). Les individus d'origine chinoise ne sont pas non plus les seuls à penser que les médicaments occidentaux sont chimiques et nuisibles et qu'ils « polluent » le corps (Bakx 1991, 31). Par ailleurs, ces perceptions sont loin d'être partagées par tous les Chinois (Prior, Chun, et Huat 2000, 825) et ne peuvent donc pas servir à construire une image figée et généraliste de ce groupe. Elles sont plutôt le reflet d'une combinaison d'expériences de vie uniques et de représentations en partie influencées par un contexte de vie pré-migratoire imprégné des MCT. Il est reconnu que les pratiques culturelles, influencées par des savoirs et des perceptions, sont la plupart du temps « *des réalités syncrétiques inédites, issues de la réinterprétation croisée de formes culturelles d'origine et de modèles de la société de résidence* » (Giraud, 1993:45 dans Fortin et Carle 2007, 14).

Bien que, comme nous l'indique cet extrait, les perceptions soient sans cesse en mouvement et que la migration se présente comme un moment-clé de la reconfiguration des connaissances, nos données ne nous ont pas permis de tirer de conclusions sur la part de celles qui auraient pu être conservées ou transformées (Fortin et Le Gall 2007, 7) dans le contexte post-migratoire.

4.3 Expériences de santé et parcours migratoire

Nos informations nous ont permis de voir comment s'articule le recours aux médicaments autour d'expériences de santé particulières, soit le rhume et la grippe, les événements de santé spécifiquement féminins ainsi que la gestion de la douleur. Par ailleurs, nous avons pu observer que l'expérience migratoire a eu un impact sur l'état de santé de la grande majorité de nos informatrices (tant en termes de type d'expérience de maladie que de leur gestion). L'apparition de nouvelles pathologies liées au climat ainsi que l'adaptation à leur nouvelle vie se sont révélées être un défi pour certaines. Cependant, le nouveau style de vie qu'elles ont adopté, pour des raisons personnelles, scolaires ou professionnelles, a été un changement positif dans la vie d'autres. L'installation au Canada a aussi coïncidé pour certaines avec la fondation d'une famille et de recours thérapeutique associés à cet important événement de santé.

Karen, Angie, Wen Ling et Mme Ma nous ont affirmé que l'environnement a eu un impact sur leur santé. Dans le cas de Mme Ma, le niveau de pollution moins élevé au Canada que dans son lieu de résidence pré-migratoire a eu un impact positif. Elle nous dit, au sujet de l'amélioration de sa santé depuis qu'elle est au Canada « *it's very good here, I'm going to live until 90 but my co-worker (de l'hôpital où elle travaillait en Chine) they suffer from cancer* ». Pour Karen, Angie et Wen Ling par contre, l'hiver est associé à l'apparition de nouvelles pathologies : des allergies et des réactions cutanées. Il est intéressant de noter

que ni l'une ni l'autre de ces deux femmes n'a affirmé avoir recouru aux médicaments issus des MCT afin de traiter des troubles de la santé qui sont survenus au Canada.

L'adaptation aux changements de vie provoqués par la migration a marqué la santé de huit répondantes, de façon positive pour certaines et négative pour d'autres. Quelques-unes ont remarqué une diminution du stress avec leur arrivée au Canada, coïncidant avec une diminution des malaises physiques et psychologiques qui y sont liés. Elles expliquent ce phénomène par un rythme de vie et une pression de performance diminués. Pour d'autres, l'adaptation au pays (notamment l'effort requis pour l'apprentissage d'une nouvelle langue ou un changement de profession) a provoqué une diminution de leur état de santé. Pour Wen Ling et Shu Fei, cela s'est traduit par des douleurs digestives et une fatigue généralisée. Hui Fang et Hong Zhen ont quant à elle subi des accidents de travail liés à leur nouvelle profession. De façon globale, quatre répondantes ont noté des difficultés d'adaptation à leur nouvelle vie, ce qui a engendré des problèmes de santé. Quatre autres ont remarqué une amélioration de leur état de santé en lien avec leur nouvelle situation.

4.3.1 Le rhume et la grippe

Six des neuf participantes ont discuté du rhume et de la grippe, regroupés ici du fait que nos répondantes les associaient spontanément. Ces maladies et leurs symptômes donnent lieu à une grande variabilité de pratiques de consommation médicamenteuse dans laquelle les cinq types de médicaments sont utilisés à des fins diverses : la prévention, l'apaisement des symptômes et la guérison. Une seule participante a affirmé consommer des médicaments en prévention du rhume et de la grippe. Elle affirme que depuis son arrivée au Canada, elle consomme régulièrement de la vitamine C, parce que cette vitamine aurait la propriété de renforcer le système immunitaire, ce qui diminue les chances de contagion. Si le type 3 est utilisé pour la prévention, c'est le comportement inverse que l'on retrouve pour l'apaisement des symptômes et la guérison : des médicaments des types 1-2-4 et 5 sont utilisés. Deux des six répondantes préparent une décoction à base de ginseng (type 1) afin de soulager les symptômes. Trois répondantes ont quant à elles utilisé des médicaments de

type 2, les sirops pour la toux *Nin Jiom Pei Pa Koa*© et le *yòu zi chá*. Le sirop pour la toux Buckley's© et le *kè gǎn mǐn* (type 4) ont aussi été utilisés par deux informatrices afin de traiter les symptômes du rhume ou de la grippe. Finalement, cinq des six répondantes à avoir discuté du rhume et de la grippe ont fait mention de médicaments de type 5, dont les antibiotiques qui sont, selon elles, prescrits massivement en Chine en cas de rhume comme de grippe. Dans plusieurs des cas concernant le rhume et la grippe, c'est la gravité des symptômes qui a dicté le recours aux médicaments. C'est aussi ce qui ressort de l'étude menée par Lam (Lam et al. 1994) sur les pratiques d'automédication des Hongkongais. Par exemple, les décoctions de ginseng, pour guérir, ainsi que les sirops pour la toux, pour soulager les symptômes, sont utilisés en premier recours. Si ces moyens ne font pas disparaître la maladie ou ne soulagent pas les symptômes, les répondantes passeront aux médicaments de type 5, jugés plus forts.

4.3.2 Les épisodes de santé spécifiquement féminins

Les épisodes de santé spécifiquement féminins donnent lieu à des pratiques de consommation médicamenteuse aussi diversifiées que la nature des conditions à médicamenter. Sept des neuf répondantes ont évoqué des épisodes liés aux menstruations, à la grossesse, à l'allaitement, à l'accouchement, à une tumeur au sein ou à une infection de l'utérus. L'usage de quatre des cinq types de médicaments a été rapporté afin de traiter ces conditions. Seul le type 2 n'a pas été discuté. Le type 1 fait l'objet des pratiques les plus diversifiées, soit le soulagement et la prévention des douleurs menstruelles ainsi que le traitement de l'infertilité. La grossesse et l'allaitement, périodes clés de la formation et croissance des bébés, ont vu un recours exclusif aux types 1 et 3, jugés par plusieurs comme plus naturels que les types 4 et 5 (Blanc et Monnais 2007, 14). Alors que le type 1 s'est présenté comme une alternative à un problème sans lien avec la maternité, le type 3 est l'outil premier de gestion médicamenteuse de la grossesse et l'allaitement. Les multivitamines et les suppléments de fer sont spécialement consommés soit pour le bienfait des bébés ou pour une maladie provoquée par la grossesse. Entre la grossesse et

l'allaitement, caractérisé par l'usage de médicaments « naturels », l'accouchement donne lieu à l'usage exclusif des types 4 et 5, comme outils de gestion de la douleur. Il est à noter que deux des trois grossesses qui nous ont été rapportées ont été vécues au Québec, ce qui pourrait expliquer en partie le fait que ce soit des médicaments occidentaux (types 3-4-5), plutôt que des médicaments de type traditionnel (types 1-2) dont nous aient parlé nos répondantes.

Restons toutefois prudents face à cette analyse, puisque la consommation rapportée de médicaments peut tout à fait différer de la consommation réelle. Quant aux problèmes plus graves, notamment une infection à l'utérus ou une tumeur au sein, les médicaments n'ont même pas fait l'objet d'une mention, les informatrices faisant directement appel à la chirurgie (hystérectomie, ablation de la tumeur ou du sein, qui ont touché quatre des neuf répondantes). L'intervention chirurgicale et la guérison post-opératoire n'ont autrement pas suscité beaucoup de réflexion chez nos répondantes. Mis à part le cas de Mme Ma qui, rappelons-nous, affirme avoir été victime d'incompétence professionnelle ayant causé des dommages irréparables, nos répondantes ont soulevé le caractère bref et léger de l'intervention. C'est-à-dire que, malgré la détresse psychologique qu'ont connue certaines en lien avec leur trouble de santé, nos répondantes ont affirmé que l'opération s'était déroulée en très peu de temps, avec seulement « une toute petite coupure ». La guérison post-opératoire s'est aussi bien passée, « comme si rien n'était arrivé » et apparemment sans la nécessité d'une consommation médicamenteuse pour apaiser des symptômes post-opératoires.

4.3.3 La douleur

La gestion de la douleur, qu'elle soit banale ou aiguë, est le problème qui a fait l'objet de pratiques pluralistes les plus complexes et les plus diversifiées. Les traitements non-médicamenteux relevant des MAC, soit l'acupuncture, la physiothérapie, la chiropraxie, la naturopathie et la massothérapie, ont ainsi été plus souvent utilisés que dans le cas d'autres problèmes. Quant à la consommation de médicaments, on observe que les

maux digestifs, touchant quatre des neuf informatrices, sont uniquement traités par la pharmacopée chinoise, sous forme traditionnelle (type 1) ou néo-traditionnelle (type 2). Chacune des répondantes nous ayant fait part de leur remède en faisait un usage exclusif, s'était d'ailleurs avérée satisfaite de l'efficacité du médicament choisi.

Quatre participantes ont affirmé avoir des douleurs causées par l'adoption prolongée d'une mauvaise posture dans le cadre de leur travail. Il est intéressant de remarquer que ce type de douleur a fait l'objet de recours médicamenteux très restreint, les thérapies manuelles leur étant préférées. Les moyens privilégiés sont notamment la chiropraxie, la massothérapie et l'acupuncture. Certaines informatrices ont aussi utilisé le sac magique, le port d'une écharpe, la bouillotte ainsi que les timbres thermiques cutanés, tous reliés à l'application de chaleur sur la partie du corps qui les fait souffrir. Seule une informatrice a consommé des médicaments, de type 1, donnés à la suite d'un traitement par les professionnels en acupuncture et en naturopathie.

Les douleurs qui ont donné lieu à une prise en charge par un hôpital, que l'on pourrait considérer comme plus graves, ont par contre toutes fait l'objet d'un traitement médicamenteux de types 4 ou 5. Une répondante a affirmé avoir utilisé des médicaments de type 2 avant de se rendre à l'hôpital. Dans tous les autres cas, seulement les analgésiques donnés par les médecins traitants étaient consommés. Ces observations sont en concordance avec les représentations des médicaments présentées plus haut : les premiers gestes posés pour gérer la douleur se sont faits avec des médicaments issus des MCT, puis lorsque la douleur s'est intensifiée, elles ont consulté des professionnels de la santé. Ces professionnels étant dans le réseau formel de soins, on comprend pourquoi c'est plutôt des médicaments de types 4 ou 5 qui ont été prescrits.

Des douleurs moins aiguës nous ont aussi été rapportées. Deux participantes ont relevé des douleurs articulaires aux jambes, qu'elles associaient à un manque de calcium. Bien que ces deux femmes aient inclus plus de produits laitiers à leur alimentation, une seule d'elles avait recours à des suppléments de calcium (médicament de type 3). Une seule

informatrice a affirmé avoir recours à la médication dans l'éventualité d'un mal de tête. C'est le Tylenol®, de type 4, qui était consommé dans ce cas.

Cette section a permis d'observer des expériences de santé qui bougent avec la migration. Il serait cependant illusoire de penser qu'il n'y ait pas aussi des continuités entre le contexte pré et post-migratoire. En effet, plusieurs conditions de santé présentes en Chine ont perduré une fois au Canada, mais les ruptures nous intéressent davantage parce qu'elles mettent en relief la migration comme facteur de changement. Les stratégies de consommation médicamenteuse, ici regroupées autour d'évènements de santé, peuvent elles aussi changer avec la migration. L'accessibilité aux ressources, sujet de la prochaine section, est entre autres mise en cause.

4.4 Stratégies d'accessibilité

La revue de la littérature présentée au chapitre 2 semble dire que plusieurs barrières se dressent devant les nouveaux arrivants lors de leur recherche de soins. Les informations recueillies auprès de nos neuf participantes ont en partie corroboré les faits relatifs aux barrières linguistiques. Nous voulons cependant aussi insister, dans cette section, sur les moyens utilisés par nos répondantes pour contourner les barrières qui s'érigent entre elles et les soins de santé formels qu'elles désiraient consulter en premier lieu. Les seuls facteurs ayant freiné l'utilisation des services et la consommation de médicaments parmi nos répondantes ont touché les barrières linguistiques et monétaires ainsi que la disponibilité ou la fiabilité de certains produits.

La méconnaissance des langues d'usage a été rapportée par plusieurs chercheurs comme étant une barrière à l'utilisation des services de soins formels (Cognet 2001, 129; Massé 1995, 410; Gravel et Battaglini 2000, 67). Gravel et Chevalier (2002, 252-253) ont par contre présenté des données contredisant cette hypothèse. Nos données offrent une

vision plus nuancée du phénomène. Rappelons tout d'abord que quatre de nos neuf participantes ne maîtrisaient aucune des langues d'usage au Canada. Toutes ont indiqué avoir connu des difficultés lors de leur accès aux soins formels. La prise en charge de la tumeur au sein de Mme Ma est d'ailleurs un exemple frappant des difficultés que peut engendrer une mauvaise communication dans ce contexte. Mais bien que la communication se pose comme un obstacle à la recherche de soin, la méconnaissance du français et de l'anglais ne nous apparaît pas comme une barrière insurmontable : nos répondantes savent utiliser les ressources mises à leur disposition afin de contourner cet obstacle. Les quatre informatrices ont recours aux services d'accompagnement médical ou d'interprétariat qui leur sont offerts par un organisme communautaire. Deux d'entre elles peuvent aussi compter sur des membres de leur famille connaissant le français afin de les accompagner lors de leur consultation (Gervais et Jovchelovitch 1998a, 61; Green et al. 2006, 1504). Deux répondantes consultent aussi une clinique médicale du Quartier chinois où plusieurs membres du personnel parlent le chinois mandarin ou cantonnais.

Les différences culturelles en matière de santé entre les intervenants en santé et les usagers des services de soins, comme présentés dans la revue de littérature du chapitre 2 (Cognet 2001, 129; Fortin et Carle 2007; Massé 1995, 404,410; Gravel et Battaglini 2000, 66-69), n'ont pas été soulevées dans nos entretiens. Bien qu'il n'ait pas été documenté par les recherches présentées au chapitre 2, l'enjeu monétaire a été rapporté chez deux participantes. La première, étant arrivée au bout du contrat de l'assurance privée qui couvrait ses dépenses en physiothérapie, notre répondante a dû cesser les traitements, faute d'argent. C'est aussi le manque d'argent qui empêche Shu Fei de consulter un dentiste, service non couvert par les assurances de base qui lui sont offertes. Les soins de santé formels ont par ailleurs été source de mécontentement pour la majorité des répondantes. À part l'incompétence professionnelle relevée par Mme Ma, c'est l'attente pour recevoir des soins et la grande difficulté à trouver un médecin de famille qui a soulevé le plus de frustration. Ces données font écho à celles de Clarkson et Tran (1997), qui avaient soulevé le mécontentement de Chinois face à lenteur du système de santé québécois. À l'instar des

répondantes de l'étude de Ma (1999, 430) et nos répondantes Mme Ma, Jiao Jie et Hui Fang pensent elles aussi se rendre en Chine pour recevoir des traitements.

D'autres informatrices contournent aussi des problèmes rencontrés au Canada en se procurant des médicaments venus de Chine. Dans le cas d'Angie, c'est une amie qui lui envoie des plantes séchées (on notera par ailleurs que des médicaments nord-américains sont aussi envoyés en Chine) ou de Wen Ling qui a rapporté des anti-biotiques :

« Parce qu'on a ramené peut-être un petit peu des antibiotiques chez nous, comme mon mari des fois quand il est malade il va prendre un petit peu, comme pour un rhume ou quelque chose ».

Le phénomène des échanges transnationaux de médicaments n'est d'ailleurs pas exclusif à nos données. Les herboristeries et épiceries du Quartier chinois sont aussi visitées lorsque nos informatrices souhaitent trouver un produit spécifique qu'elles utilisaient en Chine. Ainsi, la non-disponibilité de certains produits est contournée par des fournisseurs du Quartier chinois ou par des envois et transports de médicaments.

Le chapitre 4 a servi à dégager les tendances communes aux neuf entretiens. À la lumière de cette analyse transversale, quatre logiques sous-tendant les pratiques de recours aux médicaments ont fait surface : des représentations communes de la santé, des représentations communes des médicaments, des expériences de santé spécifiques ainsi que des stratégies d'accessibilité aux soins et aux médicaments.

Les représentations de la santé concernent les principales causes perçues de la bonne et de la mauvaise santé. Il a été possible de les regrouper en cinq thèmes : la nutrition, l'environnement, les expériences professionnelles et scolaires, l'âge et l'harmonie. Le recours thérapeutique pour les troubles de santé liés à la nutrition et à la perte d'harmonie ciblait dans la plupart des cas la cause perçue de la situation à traiter. Les causes liées à l'environnement, aux expériences professionnelles et scolaires ainsi qu'à l'âge, semblaient par contre être hors du contrôle des informatrices. Le recours

médicamenteux visait dans ces cas à soulager les symptômes plutôt que de s'attaquer à la cause du problème de santé.

Les représentations des médicaments se sont articulées autour d'une dichotomie entre les médicaments issus des MCT et ceux issus de la biomédecine. Cette dichotomie est cependant, dans plusieurs cas, perçue comme une complémentarité thérapeutique. Les médicaments de MCT, considérés comme plus naturels, provoquant moins d'effets secondaires et traitant de façon globale, étaient dans plusieurs cas utilisés pour traiter lors des premiers symptômes, ou lorsque ceux-ci étaient légers. Les médicaments occidentaux, perçus comme chimiques, nuisibles au corps et ayant des effets indésirables étaient surtout utilisés lorsque la maladie semblait grave ou lorsque les médicaments MCT n'avaient pas eu l'efficacité escomptée.

Les stratégies de recours médicamenteux ont aussi été construites en lien avec des problèmes de santé spécifiques. La gestion du rhume et de la grippe a entraîné le recours aux médicaments de tous les types (1 à 5) avec une tendance à prendre successivement des médicaments de types 1-2-3 pour les premiers symptômes jugés légers, puis de types 4-5 lorsque les symptômes ne s'atténuent pas. Dans le cas des événements de santé féminins, on remarque surtout que selon nos données, la gestion médicale de la grossesse et de l'allaitement s'est faite uniquement par le type 3 et celle de l'accouchement s'est faite par les types 4-5. La gestion de la douleur a suscité des recours très divers, incluant les cinq types de médicaments. Les thérapies non-médicamenteuses, comme l'acupuncture, la physiothérapie, la chiropraxie, la massothérapie et la naturopathie ont aussi été utilisées. Elles ont d'ailleurs été préférées aux médicaments lorsque les participantes identifiaient une douleur causée par l'adoption d'une mauvaise posture.

Le recours thérapeutique s'est aussi organisé autour de stratégies d'accessibilité aux soins et aux médicaments. Ainsi, lorsque confrontées à des obstacles, les répondantes usent de stratégies de contournement qui entraînent des alternatives intéressantes à étudier. C'est le cas notamment d'Angie qui a essayé le sirop *Buckley's*© parce qu'elle trouvait l'attente à l'urgence trop longue et de Jiao Jie qui a consulté une acupunctrice pour son mari parce que

les ambulanciers ont refusé de se présenter chez elle. Le retour en Chine ou le déplacement de médicaments (soit envoyés ou rapportés lors de voyages) a aussi servi de stratégie de contournement.

Conclusion

Ce mémoire de maîtrise sur les pratiques de recours aux médicaments chez les femmes migrantes chinoises de Montréal a permis (1) de documenter leurs pratiques de recours aux médicaments (2) d'analyser les logiques qui sous-tendent ce recours et (3) d'évaluer l'impact de l'expérience migratoire sur la consommation médicamenteuse. Tout au long de la réalisation de l'étude, notre souci a été de replacer notre sujet dans son contexte, et malgré l'impossibilité d'étudier en profondeur toutes les facettes dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, nous croyons avoir rendu compte du phénomène de façon sensible, en insistant sur la construction multi-dimensionnelle des pratiques de recours aux médicaments. À travers la reconstruction des itinéraires thérapeutiques et l'analyse qualitative d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de neuf femmes chinoises migrantes vivant à Montréal, nous avons dégagé des aspects culturels (les représentations de la santé et des médicaments, la langue), pragmatiques (en réaction aux expériences de santé, dans une logique de recherche d'efficacité) ainsi que socio-économiques et politiques (accessibilité aux soins et aux médicaments), qui caractérisent les pratiques de recours aux médicaments.

Nous avons dressé, au chapitre 3, le portrait de chacune des femmes rencontrées. En plus de faire ressortir le caractère unique des expériences des informatrices, cette formule démontre comment les expériences de santé et les recours thérapeutiques s'inscrivent dans les histoires biographiques. Les portraits ont été élaborés autour de la reconstruction des itinéraires thérapeutiques, de façon à mettre l'accent d'une part, sur la diversité des recours pour un même problème de santé et d'autre part, sur l'évolution temporelle des expériences de santé et de leurs recours thérapeutiques et médicamenteux. Ces recours se sont révélés être pluralistes, c'est-à-dire que les répondantes puisent dans différentes sources de connaissance (biomédicales, issues des MCT et des MAC) pour gérer leur santé, et ce, en Chine comme au Canada. Dans le contexte pré-migratoire, en Chine, nous avons pu observer des recours thérapeutiques en MCT, par exemple l'acupuncture et la massothérapie, mais aussi en biomédecine lors de consultations avec des professionnels en

biomédecine. Le recours aux médicaments aussi s'est fait de façon pluraliste : nos participantes ont consommé des médicaments issus des MCT (types 1 et 2), comme des décoctions de plantes médicinales et une poudre à base de plantes pour soulager les douleurs digestives, et de la biomédecine (types 3-4-5), par exemple des suppléments alimentaires, du *kè gǎn mǐn* et des antibiotiques.

Les recours pluralistes ont aussi lieu en contexte post-migratoire, au Canada. Au niveau du recours thérapeutique, on remarque des consultations auprès de professionnels en MCT et avec des acupuncteurs et auprès, encore là, de professionnels en biomédecine. Une nouvelle forme de traitement, située du côté des MAC, a aussi émergé : certaines répondantes ont fait appel à des chiropraticiens et à des naturopathes. Au niveau des recours médicamenteux, on nous a rapporté la consommation de médicaments de types 1-2, par exemple des décoctions de plantes médicinales et le *Nin Jiom Pei Pa Koa*®, ainsi que des types 3-4-5, comme des multivitamines, des Tylenols® et finalement de la morphine. Insistons sur le fait que les femmes rencontrées ne semblent pas être en conflit par rapport à l'utilisation de différentes sources de médecines (biomédecine, MCT et MAC). Ceci s'inscrit comme une continuité dans la trajectoire migratoire : elles vivent la pluralité en tant que complémentarité, ce qui leur permet de maximiser l'accès aux soins.

On remarque en outre, au chapitre 3, que l'expérience migratoire influence la santé ainsi que les recours médicamenteux et thérapeutiques. Plusieurs participantes ont mentionné un changement dans leur état de santé depuis qu'elles se sont installées au Canada. Dans la plupart des cas, cela est attribué au fait que l'arrivée au Canada a coïncidé avec un changement professionnel ou scolaire. Ce changement est vécu comme positif par certaines (diminution des facteurs stressants de la vie, notamment le climat scolaire compétitif, diminution de la charge de travail) et négatif par d'autres (nouveaux emplois exigeants ayant mené à des blessures, difficultés à apprendre la langue et fatigue généralisée). L'apparition de pathologies semble aussi être un facteur de changement marquant. Quelques informatrices lient le climat canadien à des allergies et autres réactions cutanées.

Alors que certaines formes de recours s'inscrivent plutôt dans une continuité par rapport au contexte pré-migratoire, on observe que d'autres subissent des transformations. L'expérience migratoire a eu un impact sur les pratiques de recours médicamenteux et thérapeutiques notamment à travers le contact avec le réseau de soins formel du Québec. Selon les informations données par nos répondantes, le système médical chinois prend en charge de façon officielle des pratiques comme la massothérapie et l'acupuncture, offrant du coup une garantie de leur qualité. Ne pouvant trouver ces services thérapeutiques dans le réseau formel au Québec, certaines informatrices ont préféré abandonner ce recours. La non-disponibilité de certains médicaments privilégiés a, pour sa part, entraîné deux types de réactions. Certaines répondantes ont affirmé simplement s'abstenir de recours dans cette éventualité, et d'autres ont préféré procéder par envoi postal ou ramener les médicaments convoités lors d'une visite en Chine.

Dans le chapitre 4, nous avons pu mettre en commun les informations recueillies par l'analyse qualitative des entretiens. Quatre logiques sous-tendant les pratiques de recours aux médicaments nous sont apparues : les représentations de la santé, les représentations des médicaments, les expériences de santé et les stratégies d'accessibilité aux médicaments et aux soins.

Les représentations de la santé concernent les principales causes perçues de la bonne et de la mauvaise santé. Il a été possible de les regrouper en cinq thèmes : la nutrition, l'environnement, les expériences professionnelles et scolaires, l'âge et l'harmonie. Ces représentations sont le résultat d'expériences personnelles (entre autres l'historique de maladie et de traitement) et collectives (notamment de repères issus des MCT et de la biomédecine). Les troubles de santé liés à la nutrition et à la perte d'harmonie ont donné lieu à des recours thérapeutiques qui ciblent directement la cause de mal. Cependant, les troubles dont les causes sont l'environnement, les expériences professionnelles et scolaires et l'âge ont fait l'objet de pratiques visant à apaiser les symptômes, puisque les causes semblaient être hors du contrôle des informatrices.

C'est une opposition entre les médicaments issus des MCT et de la biomédecine, mais aussi une complémentarité, qui ont fait surface lors de l'analyse des représentations des médicaments. Les médicaments de MCT, considérés comme plus naturels, provoquant moins d'effets secondaires et traitant de façon globale, étaient dans plusieurs cas utilisés pour traiter lors des premiers symptômes, ou lorsque les inconforts étaient minimales. Les médicaments occidentaux, pour leur part, sont perçus comme chimiques, nuisibles au corps et ayant des effets indésirables. Ils étaient surtout utilisés lorsque la maladie semblait grave ou en deuxième recours, lorsque les médicaments MCT n'avaient pas eu l'efficacité souhaitée. Les perceptions attribuées à la santé et aux médicaments sont le résultat de connaissances hybrides, construites au fil de leurs expériences personnelles, mais aussi d'expériences collectives, notamment de la médecine pluraliste chinoise (amalgame de biomédecine et des MCT). Nos données ne nous ont cependant pas permis d'évaluer tout l'impact de la migration sur la reconfiguration des représentations.

Les expériences de rhume et de grippe, d'épisodes de santé féminins et de douleur que nous ont partagées nos informatrices nous ont aussi permis d'observer que le recours aux médicaments s'organise autour d'expériences de santé. La gestion du rhume et de la grippe s'est effectuée par une grande diversité de recours médicamenteux. Tous les types ont été utilisés. Nous avons remarqué une tendance à prendre de façon successive des médicaments de types 1-2-3 à l'apparition des symptômes, puis des types 4-5 si les symptômes progressaient ou ne diminuaient pas. On remarque que pour les événements de santé féminins, ce sont seulement les types 1 et 3 qui ont servi à pendant la grossesse et l'allaitement. Les accouchements, ayant eu lieu dans le réseau hospitalier, ont été gérés par les types 4-5. La gestion de la douleur a aussi suscité des recours très divers. Les thérapies manuelles (l'acupuncture, la physiothérapie, la chiropraxie et la massothérapie ont été utilisées en plus des médicaments.

Les pratiques de recours thérapeutiques se sont aussi articulées en fonction des stratégies d'accessibilité des soins et des médicaments. L'insatisfaction de certaines de nos informatrices face à l'attente dans le réseau formel de la santé, ou le doute quant aux compétences de certains professionnels, ont donné lieu à des stratégies d'évitement de ces

ressources. La consommation de médicaments vendus sans ordonnance et la consultation auprès de professionnels des MAC se sont présentées comme les alternatives privilégiées aux soins formels. Les barrières linguistiques, évoquées dans plusieurs recherches sur la santé des migrants, ont aussi été soulevées par nos répondantes. Les histoires de Mme Ma et de Hong Zhen sont particulièrement évocatrices des difficultés rencontrées lors de la communication avec les professionnels de la santé québécois. Nous tenons cependant à affirmer que malgré l'obstacle considérable que les problèmes de communication engendrent, cette barrière n'est pas incontournable. Nos informatrices ont eu recours, pour la passer outre, aux services d'interprétariat offerts par une organisation communautaire, ou à l'aide de leurs familles et amis. Plusieurs choisissaient aussi de visiter une clinique médicale où les professionnels partagent avec elles une langue commune. Par ailleurs, nous avons remarqué que la disponibilité de certains médicaments a joué un rôle dans les stratégies de consommation. Dans l'éventualité où certains médicaments utilisés en Chine n'étaient pas disponibles au Canada, les informatrices décidaient soit de s'abstenir, ou elles se procuraient le médicament convoité par envoi postal ou en le ramenant au Canada lors d'un voyage au pays natal. Dans le cas des traitements, nous avons même pu observer l'option du retour au pays afin de recevoir des soins.

Plusieurs logiques sous-tendent les pratiques de recours aux médicaments chez les femmes migrantes chinoises à Montréal. La majorité des études qui portent sur la santé des migrants chinois sont de nature quantitative et peu se penchent sur les causes profondes. Grâce à une analyse à deux volets complémentaires, notre mémoire de maîtrise a permis de cerner des facteurs d'influence à plusieurs niveaux, et c'est là une de ses particularités. Nous avons d'une part, mis en lumière la diversité et la temporalité des pratiques de recours médicamenteux, et plus largement thérapeutiques. D'autre part, nous avons cerné des facteurs multi-dimensionnels qui influencent les recours. Les représentations de la santé, les représentations des médicaments ainsi que les langues d'usage ont permis de saisir l'impact du culturel; l'étude des expériences de santé a soulevé la construction pragmatique des recours, souvent guidée par un désir d'efficacité; finalement, l'analyse des stratégies

d'accessibilité à permis d'évaluer le poids des facteurs socio-économiques et politiques dans le parcours des femmes migrantes chinoises rencontrées à travers les systèmes pharmaceutiques et de soins.

Bibliographie

- Ahn, Andrew C., Quyen Ngo-Metzger, Anna T. R. Legedza, Michael P. Massagli, Brian R. Clarridge, and Russell S. Phillips. 2006. « Complementary and Alternative Medical Therapy Use Among Chinese and Vietnamese Americans: Prevalence, Associated Factors, and Effects of Patient-Clinician Communication ». *Am J Public Health* 96 (4): 647-653. [En ligne]. Consulté le 21 septembre 2009. doi:10.2105/ajph.2004.048496. <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/96/4/647>.
- Bakx, Keith. 1991. « The 'Eclipse' of Folk Medicine in Western Society ». *Sociology of Health & Illness* 13 (1): 20–38.
- Barnes, Linda L. 1998. « The Psychologizing of Chinese Healing Practices in the United States ». *Culture, Medicine and Psychiatry* 22 (4): 413-443. [En ligne]. Consulté le 21 octobre 2010. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1005403825213>.
- Benoist, Jean, éd. 1996. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala. 520 p.
- Bibeau, Gilles. 1987. *À la fois d'ici et d'ailleurs. Les communautés culturelles au Québec dans leurs rapports aux services sociaux et de santé*. Montréal: GIRAME.
- Bibeau, Gilles. 1997. « Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda ». *Transcultural Psychiatry* 34 (1): 9-41.
- Blanc, Marie-Ève, et Laurence Monnais. 2007. « Culture, immigration et santé. La consommation de médicaments chez les Vietnamiens de Montréal ». *Revue Européenne des Migrations Internationales* 23 (3): 151-176. [En ligne]. Consulté le 9 juillet 2009. <http://remi.revues.org/index4238.html>.
- Cao, Huhua, Olivier Dehoorne, et Vincent Roy. 2006. « L'immigration chinoise au Canada : logiques spatiales et nouvelles territorialités ». *Noroi* 2 (199): 11-22. [En ligne]. Consulté le 8 avril 2011. <http://noroi.revues.org/index1895.html>.
- Cardinal, Lise, Marie-Claude Langlois, Denis Gagné et André Tourigny. 2008. *Perspectives pour un vieillissement en santé: proposition d'un modèle conceptuel*. Québec: Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale,

- Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec. [En ligne]. Consulté le 8 février 2011. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillesseSante.pdf.
- Carle, Marie-Ève. 2010, 10 février. « Immigration, santé et inégalités sociales ». Communication personnelle dans le cadre du cours (ANT-6155) *Anthropologie, société, santé* donné par Sylvie Fortin, Département d'anthropologie, Université de Montréal.
- Carle, Marie-Ève, et Bruce Tapiéro, éd. 2009. *Les maladies infectieuses: l'illusion du risque zéro*. Collection Intervenir. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine. 272 p.
- Chamberland, Carole. 2002. « Consommation de médicaments ». Dans *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec: une adaptation réciproque? Rapport de l'étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, éd May Clarkson, Rébecca Tremblay et Nathalie Audet, pp. 271-288. Québec: Institut de la statistique du Québec. [En ligne]. Consulté le 28 janvier 2010. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/...culturelles/comm_cult_9899.pdf
- Chan, Kwok Bun. 1991. *Smoke and Fire: The Chinese in Montreal*. Hong Kong: The Chinese University Press. 338 p.
- Chang, Lee-Chin, Nicole Huang, Yiing-Jenq Chou, Chen-Hua Lee, Feng-Yu Kao, et Yi-Tsau Huang. 2008. « Utilization Patterns of Chinese Medicine and Western Medicine under the National Health Insurance Program in Taiwan, a Population-based Study from 1997 to 2003 ». *BMC Health Services Research* 8 (170). [En ligne]. Consulté le 27 septembre 2010. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/170>. DOI: 10.1186/1472-6963-8-170.
- Chen, Jiajiang, Edward Ng, et Russel Wilkins. 1996. « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 ». *Rapports sur la santé, Statistiques Canada* 7 (4): 33-45.
- Chevalier, Serge, et Sylvie Gravel. 2002. « Utilisation des services de santé et des services sociaux ». Dans *Santé et Bien-être, immigrants récents au Québec: une adaptation réciproque? Rapport de l'étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, éd May Clarkson, Rébecca Tremblay et Nathalie Audet, pp. 247-260. Québec: Institut

- de la statistique du Québec. [En ligne]. Consulté le 28 janvier 2010.
http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/...culturelles/comm_cult_9899.pdf
- Chui, Tina, Hélène Maheux, Kelly Tran, et Statistique Canada. 2007. *Immigration au Canada: un portrait de la population née à l'étranger, recensement de 2006*. Ottawa: Statistique Canada. 39 p.
- Clarkson, May, et The Nghi Tran. 1997. *Au confluent de deux médecines; enquête Santé Québec auprès de la communauté chinoise: rapport de la phase 1*. Montréal: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Cognet, Marguerite. 2001. *Services de santé et services sociaux en milieu pluriethnique: bilan*. Série de publications du Centre de recherche et de formation 8. Montréal: CLSC Côte-des-Neiges. 213 p.
- Cognet, Marguerite. 2004. « La vulnérabilité des immigrés: analyse d'une construction sociale ». Dans *Identités, vulnérabilités, communautés*, éd. Francine Saillant, Michèle Clément, Charles Gaucher, et Louise Blais, 155-188. Québec: Éditions Nota Bene.
- Cognet, Marguerite. 2007. « Au nom de la culture: le recours à la culture dans la santé ». Dans *Éthique de l'altérité: la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, éd. Marguerite Cognet et Catherine Montgomery, 39-63. Collection Sociétés, cultures et santé. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Collin, Johanne. 2002. « Observance et fonctions symboliques du médicament ». *Gérontologie et société* 103 (4): 141-159. [En ligne]. Consulté le 1 mai 2011.
<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2002-4-page-141.htm>.
- Collin, Johanne. 2007. « Relations de sens et relations de fonction: risque et médicament ». *Sociologie et sociétés* 39 (1): 99-122.
- Collin, Johanne, Hubert Doucet, Denis Lafortune, Laurence Monnais, Marcelo Otero, Marie-Ève Blanc, et Michelle Proulx. 2005. *Le médicament comme objet social et culturel: recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*. Ste-Foy, Québec: Le Conseil de la santé et du bien-être. 85 p.

- Conseil du statut de la femme. 2011. *Portrait des Québécoises en 8 temps*. Québec: Conseil du statut de la femme. [En ligne]. Consulté le 8 mai 2011. <http://www.placealegalite.gouv.qc.ca>. 15 p.
- Contandriopoulos, André. 1999. « La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales ». *Ruptures, revue transdisciplinarité en santé* 6 (2): 174-191.
- Cuche, Denys. 2001. « Culture et identité ». Dans *La notion de culture dans les sciences sociales*, 83-96. Paris: Éditions La Découverte.
- Desclaux, Alice, et Joseph Lévy. 2003. « Présentations. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? » *Anthropologie et sociétés* 27 (2): 5-21.
- Despeux, Catherine. 2004a. « Le rayonnement de la médecine chinoise à partir du XI^e siècle ». Dans *Chine, peuples et civilisation*, éd. Pierre Gentelle, 198-200. L'État du monde. Paris: La Découverte.
- Despeux, Catherine. 2004b. « Une médecine traditionnelle encore bien vivante ». Dans *Chine, peuples et civilisation*, éd. Pierre Gentelle, 201-204. L'État du monde. Paris: La Découverte.
- Digby, Anne. 2005. « Self-Medication and the Trade in Medicine within a Multi-Ethnic Context: A Case Study of South Africa from the Mid-Nineteenth to Mid-Twentieth Centuries ». *Social History of Medicine* 18 (3): 439-457.
- Dyck, Isabel. 1995. « Putting Chronic Illness “in Place”. Women Immigrants’ Accounts of their Health Care ». *Geoforum* 26 (3): 247-260. [En ligne]. Consulté le 21 octobre 2009. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6V68-3YF4DV2-C/2/c2d3b2d7404e5a62bbd9a18680b096b3>.
- Etkin, Nina L. 1988. « Cultural Constructions of Efficacy ». Dans *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, éd. Sjaak van der Geest et Susan Reynolds Whyte, 299-326. Springer.
- Fainzang, Sylvie. 2001a. « L’anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques ». *Sciences Sociales et Santé* 19 (2): 5-28.

- Fainzang, Sylvie. 2001b. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris: Presses universitaires de France. 192 p.
- Fassin, Didier. 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. 1^{er} éd. Les Champs de la santé. Paris: Presses universitaires de France. 359 p.
- Fassin, Dider. 1996. *L'espace politique de la santé: Essai de généalogie*. 1^{er} éd. Sociologie d'aujourd'hui. Paris: Presses universitaires de France. 324 p.
- Fassin, Didier. 2000. « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration, dossier Santé, le traitement de la différence ». *Hommes et Migrations* 1225 (juin): 5-12.
- Ferland, Marc, et Ginette Paquet. 1994. « L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être ». Dans *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, éd. Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin, et Gérard Bélanger, 53-72. 1^{er} éd. Ste-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Fortin, Sylvie, et Marie-Ève Carle. 2007. « Santé et pluralisme. Vers un nécessaire repositionnement de la culture dans l'espace clinique ». *Bulletin de l'ARIC (Association pour la recherche interculturelle)* 45: 5-19. [En ligne]. Consulté le 22 avril 2010. <http://www.unifr.ch/ipg/ARIC/Publications/Bulletin/No45/003.pdf>.
- Fortin, Sylvie, et Josiane Le Gall. 2007. « Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire: familles et service de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques ». *Enfances, Familles, Générations* (6). [En ligne]. Consulté le 9 novembre 2009. http://www.efg.inrs.ca/pdf/No06_03Fortin_etal.pdf.
- Gauthier, Benoît, éd. 1992. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. 2^e éd. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec. 584 p.
- Gervais, Marie-Claude, et Sandra Jovchelovitch. 1998a. *The Health Beliefs of the Chinese Community in England: A Qualitative Research Study*. London: Health Education Authority. 87 p.
- Gervais, Marie-Claude, et Sandra Jovchelovitch. 1998b. « Health and Identity: the Case of the Chinese Community in England ». *Social Science Information* 37 (4): 709 -729. [En ligne]. Consulté le 13 octobre 2010. <http://ssi.sagepub.com/content/37/4/709.abstract>.

- Gravel, Sylvie, et Alex Battaglini, éd. 2000. *Culture, santé et ethnicité: vers une santé publique pluraliste*. Montréal: Direction régionale de la santé publique. 243 p.
- Green, Gill, Hannah Bradby, Anita Chan, et Maggie Lee. 2006. « 'We Are Not Completely Westernised': Dual Medical Systems and Pathways to Health Care among Chinese Migrant Women in England ». *Social science & medicine* 62: 1498-1509.
- Guo, Zibin. 2000. *Ginseng and Aspirin: Health Care Alternatives for Chinese Elders in New York*. The Anthropology of Contemporary Issues. Ithaca and London: Cornell University Press. 173 p.
- Guyon, Louise. 1996. *Derrière les apparences: santé et conditions de vie des femmes*. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services. 384 p.
- Hamel, Jacques. 2000. « À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point ». *Recherches qualitatives* 21: 3-20. [En ligne]. Consulté le 15 décembre 2010. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/volume21.html>.
- Hansen, Dana Lee, Bjørn E. Holstein, et Ebba Holme Hansen. 2009. « 'I'd Rather Not Take it, But . . .': Young Women's Perceptions of Medicines ». *Qualitative Health Research* 19 (6): 829-839. [En ligne]. Consulté le 2 août 2011. <http://qhr.sagepub.com/content/19/6/829.abstract>.
- Hare, Martha L. 1993. « The Emergence of an Urban U.S. Chinese Medicine ». *Medical Anthropology Quarterly* 7 (1): 30-49. [En ligne]. Consulté le 14 août 2011. <http://www.jstor.org/stable/649245>.
- Helly, Denise. 1987. *Les Chinois à Montréal, 1877-1951*. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture. 315 p.
- Hyman, Ilene. 2001. *Immigration et santé*, Série document de travail sur les politiques de santé 01-05. Ottawa: Santé Canada, Unité de communication de la recherche sur les politiques. 101 p.
- Institut canadien d'information sur la santé. 2011. *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2010*. Ottawa: ICIS. [En ligne]. Consulté le 30 mai 2011. <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1428&locale=fr&lang=FR&mediatype=0>.

- Janzen, John M. 1978. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press. 266 p.
- Jenkins, Christopher N. H., Thao Le, Stephen J. McPhee, Susan Stewart, et Ngoc The Ha. 1996. « Health Care Access and Preventive Care among Vietnamese Immigrants: Do Traditional Beliefs and Practices Pose Barriers? » *Social Science & Medicine* 43 (7): 1049-1056.
- Kinnon, Diane. 1999. *Canadian Research on Immigration and Health: An Overview*. Ottawa: Santé Canada. [En ligne]. Consulté le 6 septembre 2009. <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H21-149-1999E.pdf>.
- Kleinman, Arthur. 1976. *Medicine in Chinese Cultures: Comparative Studies of Health Care in Chinese and Other Societies, Papers and Discussions from a Conference Held in Seattle, Washington, U.S.A., February 1974*. Washington: Geographic Health Studies, John E. Fogarty International Center for Advanced Study in the Health Sciences. 803 p.
- Koo, Linda C. 1984. « The Use of Food to Treat and Prevent Disease in Chinese Culture ». *Social Science & Medicine* 18 (9): 757–766.
- Lai, Daniel et Neena Chappell. 2007. « Use of Traditional Chinese Medicine by Older Chinese Immigrants in Canada ». *Family Practice - An International Journal* 24 (1): 56-64.
- Lam, C. L.K, M. G Catarivas, C. Munro, et I. J Lauder. 1994. « Self-Medication among Hong Kong Chinese ». *Social Science & Medicine* 39 (12): 1641–1647.
- Lam, T P. 2001. « Strengths and Weaknesses of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine in the Eyes of Some Hong Kong Chinese ». *Journal of Epidemiology and Community Health* 55 (10): 762-765. [En ligne]. Consulté le 27 septembre 2009. DOI: 10.1136/jech.55.10.762
- Le Gall, Josiane, et Catherine Montgomery. 2009. *Itinéraires thérapeutiques des nouveaux arrivants du Maghreb au Québec: entre le local et le transnational*. Compte-rendu d'une communication présentée à Santé et mobilités au Nord et au Sud: circulations des acteurs, évolutions des pratiques. Colloque AMADES, les 16-17-18 septembre

- 2009, Toulouse. [En ligne]. Consulté le 15 juillet 2011.
<http://amades.hypotheses.org/1444>
- Lee, Soo-Kyung, et Yu-Yao Cheng. 2006. « Reaching Asian Americans: Sampling Strategies and Incentives ». *Journal of Immigrant and Minority Health* 8 (3): 245-250. [En ligne]. Consulté le 3 février 2011.
<http://www.springerlink.com/content/g6245351264h3043/>. DOI: 10.1007/s10903-006-9328-8.
- Li, Xiaoping, et Jo-Anne Lee. 2005. « Chinese in Canada ». Dans *Encyclopedia of Diasporas: Immigrant and Refugee Cultures around the World*, éd. Melvin Ember, Carol R. Ember, et Ian Skoggard, 645-656. Boston: Springer.
- Liu, Yanchi. 1988. *The Essential Book of Traditional Chinese Medicine*. New York: Columbia University Press. 305 p.
- Ma, Grace Xueqin. 1999. « Between Two Worlds: The Use of Traditional and Western Health Services by Chinese Immigrants ». *Journal of Community Health* 24 (6): 421-437. [En ligne]. Consulté le 25 septembre 2009.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1018742505785>.
- Marzano Parisoli, et Maria Michela, éd. 2007. *Dictionnaire du corps*. 1^{er} éd. Paris: Presses universitaires de France.
- Massé, Raymond. 1995. *Culture et Santé Publique: Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin. 499 p.
- Massé, Raymond. 2001. « Métissage des savoirs et itinéraires de soins et de santé mentale dans la Martinique d'aujourd'hui ». Dans *Paradoxes du Métissage*, éd. Jean-Luc Bonniol, 145-158. Paris: Éditions du Comité des Travaux historiques et scientifiques.
- Massé, Raymond. 2003a. « Étiquetage social, stigmatisation et discrimination sociale ». Dans *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, éd. Raymond Massé, 243-262. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Massé, Raymond. 2003b. *Éthique et Santé Publique: Enjeux, valeurs et normativité*. Collection Sociétés, cultures et santé. Québec: Presses de l'Université Laval. 413 p.

- Massé, Raymond. 2005. « L'anthropologie de la santé au Québec: pour une conjugaison des approches et des méthodes ». Dans *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, éd. Francine Saillant et Serge Genest, 61-90. Québec: Les Presses de l'Université Laval. [En ligne]. Consulté le 2 février 2010. http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/anthropologie_sante_au_Qc/anthropologie_sante_au_Qc.html.
- Mehta, Darshan H., Russell S. Phillips, Roger B. Davis, et Ellen P. McCarthy. 2007. « Use of Complementary and Alternative Therapies by Asian Americans. Results from the National Health Interview Survey ». *Journal of General Internal Medicine* 22 (6): 762-767. [En ligne]. Consulté le 27 septembre 2010. <http://www.springerlink.com/content/g06613r3521q7275/>.
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC). 2007. *Tableaux sur l'immigration au Québec, 2002-2006 et 2006. Tableau 9a. Immigrants admis au Québec selon les 15 principaux pays de naissance*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC). 2010. *Portrait statistique de la population d'origine ethnique chinoise, recensée au Québec en 2006*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC). 2011. *Tableaux sur l'immigration permanente au Québec, 2006-2010 et 2010. Tableau 9a. Immigrants admis au Québec selon les 15 principaux pays de naissance*. Gouvernement du Québec.
- Montgomery, Catherine, et Marguerite Cagnet, éd. 2007. *Éthique de l'altérité: La question de la culture dans le champ de la santé*. Collection Sociétés, cultures et santé. Québec: Presses de l'Université Laval. 261 p.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2008. *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation*. Louvain-La-Neuve: Academia-Bruylant. 365 p.
- Organisation Mondiale de la Santé. 2009. *Les femmes et la santé. La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*. Genève: Les Éditions de l'OMS. [En ligne]. Consulté le 3 mai 2011. <http://www.who.int/gender/documents/9789241563857/fr/index.html>.

- Payne, Jennifer, Robert Cho, Marie Desmeules, et Ineke Neutel. 2003. « Facteurs associés à la consommation de médicaments chez les femmes ». Dans *Rapport de surveillance de la santé des femmes*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé. [En ligne]. Consulté le 8 avril 2011. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/chap_28-fra.php.
- Pica, Lucille. 2004. *Faits saillants de l'étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 sur les immigrants d'origine chinoise*. Québec: Institut de la statistique du Québec. [En ligne]. Consulté le 26 novembre 2009. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/50899>.
- Prior, Lindsay, Pang Lai Chun, et See Beng Huat. 2000. « Beliefs and Accounts of Illness. Views from Two Cantonese-speaking Communities in England ». *Sociology of Health and Illness* 22 (6): 815-839. [En ligne]. Consulté le 5 avril 2011. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00232/abstract>.
- Quan, Hude, Daniel Lai, Delaine Johnson, Marja Verhoef, et Richard Musto. 2008. « Complementary and Alternative Medicine Use among Chinese and White Canadians ». *Canadian Family Physician* 54 (11): 1563-1569. [En ligne]. Consulté le 14 août 2011. <http://www.cfp.ca/content/54/11/1563.abstract>.
- Rossi, Ilario. 2001. « Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration ». *Médecine & Hygiène* 59: 2039-2042.
- Roth, Marilyn A., et Karen M. Kobayashi. 2008. « The Use of Complementary and Alternative Medicine among Chinese Canadians: Results from a National Survey ». *Journal of Immigrant and Minority Health* 10 (6): 517-528. [En ligne]. consulté le 14 octobre 2010. <http://www.springerlink.com/content/g516868471451414/>.
- Roth, Marilyn A., et Karen M. Kobayashi. 2010. *Complementary and Alternative Medicine among Chinese Canadians*. Public Health in the 21st Century. New York: Nova Science Publishers. 62 p.
- Roy, Bernard. 2002. *Sang Sucré, pouvoirs codés, médecine amère*. Québec: Presses de l'Université Laval. 247 p.
- Roy, Bernard. 2007. « Altérité autochtone ». Dans *Éthique de l'altérité: la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, éd. Catherine

- Montgomery et Marguerite Cognet, 65-90. Collection Sociétés, cultures et santé. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Saillant, Francine. 1999. « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique ». *Anthropologie et sociétés* 23 (2): 15-39.
- Saillant, Francine. 2001. « Transformations des systèmes de santé et responsabilité des femmes ». Dans *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, éd. Bernard Hours, 221-247. Paris: Les Éditions Karthala [En ligne]. Consulté le 21 octobre 2009. http://classiques.uqac.ca/contemporains/saillant_francine/transformations_systemes_sante/transformations_systemes_sante.html.
- Saillant, Francine, éd. 2004. *Identités, vulnérabilités, communautés*. Québec: Éditions Nota bene. 333 p.
- Scheid, Volker. 2002. *Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis*. Science and cultural theory. Durham, N.C: Duke University Press. 407 p.
- Seidman, Irving. 1998. *Interviewing as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences*. 2^e éd. New York: Teachers College Press. 143 p.
- Simon, Pierre-Jean, éd. 1993. *Vocabulaire historique et critique des relations inter-ethniques*. Pluriel Recherches no 1. Paris: L'Harmattan.
- Solar, O., et A. Irwin. 2010. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Genève: WHO. [En ligne]. Consulté le 3 mai 2011. http://www.who.int/topics/social_determinants/en/.
- Statistique Canada. 2005. *Compilation spéciale du MICC, Portrait statistique de la population d'origine ethnique chinoise, recensée au Québec en 2001*. [En ligne]. Consulté le 16 mars 2011. <http://www.quebecinterculturel.gouv.qc.ca/publications/fr/diversite-ethnoculturelle/com-chinoise.pdf>.
- Statistique Canada. 2008. *Recensement de 2006: série « analyses ». La mosaïque ethnoculturelle du Canada*. Ottawa: Statistique Canada. 39 p.

- Statistique Canada. 2008. *Population selon certaines origines ethniques, par province et territoire (Recensement de 2006)*. [En ligne]. Consulté le 16 mars 2011. <http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/demo26a-fra.htm>.
- Tan, Jin, et Patricia E. Roy. 1985. *Les Chinois au Canada*. Les Groupes ethniques du Canada 9. Ottawa: La Société historique du Canada et la Direction du multiculturalisme du gouvernement du Canada. 23 p.
- Uchôa, Elizabeth, et Jean-Michel Vidal. 1994. « Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease ». *Cadernos de Saúde Publica* 10 (4): 497-504.
- Unschuld, Paul Ulrich. 1987. « Traditional Chinese Medicine: Some Historical and Epistemological Reflections ». *Social Science & Medicine* 24 (12): 1023–1029.
- Van der Geest, Sjaak, et Susan Reynolds Whyte. 1989. « The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms ». *Medical Anthropology Quarterly* 3 (4): 345-367. [En ligne]. Consulté le 29 juillet 2011. <http://www.jstor.org/stable/649419>.
- Vissandjee, Bilkis, Marie Desmeules, Zheynuan Cao, Shelly Abdool, et Arminee Kazanjian. 2004. « Integrating Ethnicity and Migration as Determinants of Canadian Women's Health ». *BMC Women's Health* 4 (Suppl 1): S32. [En ligne]. Consulté le 17 avril 2011. <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S32>.
- Vuckovic, Nancy. 1999. « Fast-Relief: Buying Time with Medications ». *Medical Anthropology Quarterly* 13 (1): 51-68.
- Wade, Christine, Maria T. Chao, et Fredi Kronenberg. 2007. « Medical Pluralism of Chinese Women Living in the United States ». *Journal of Immigrant and Minority Health* 9 (4): 255-267. [En ligne]. Consulté le 14 octobre 2010. <http://www.springerlink.com/content/j842642847231477/>.
- Wheeler, Erica, et Tan Swee Poh. 1983. « Food for Equilibrium: the Dietary Principles and Practice of Chinese Families in London ». Dans *The Sociology of Food and Eating: Essays on the Sociological Significance of Food*, éd. Anne Murcott, réimpression de 1984, 84-94. England: Gower.
- Whyte, Susan Reynolds, Sjaak van der Geest, et Anita Hardon. 2002. *Social Lives of Medicines*. Cambridge: Cambridge University Press. 212 p.

- Wilkinson, Richard G, et Micheal G Marmot. 2004. *Les déterminants sociaux de la santé: les faits*. 2^e éd. Copenhague: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. 40 p.
- Wong, Leo Kwan-Ho, Perpetua Jue, Augustine Lam, William Yeung, Yuen Cham-Wah, et Richard Birtwhistle. 1998. « Chinese Herbal Medicine and Acupuncture. How Do Patients Who Consult Family Physicians Use these Therapies? » *Canadian Family Physician* 44: 1009-1015.
- Zhan, Lin, et Jie Chen. 2004. « Medication Practices Among Chinese American Older Adults: A Study of Cultural Influences ». *Journal of Gerontological Nursing* 30 (4): 24-33. [En ligne]. Consulté le 8 mars 2010. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004150532&site=ehost-live>.